



**Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde**



Patrocínio



Apoio



Ministério da Saúde



Apoio à Premiação



Locadora Oficial



Apoio Institucional



SECRETARIA DA SAÚDE



PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE



Ministério da Saúde



Papers

P_3_2011 - Análise do fluxo e mapeamento de processos de utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) em um Centro Cirúrgico de um hospital de médio porte no interior de São Paulo	7
P_4_2011 - Implicações éticas do uso das informações individualizadas em saúde: o “Consentimento Esclarecido” como instrumento de promoção de princípios bioéticos relacionados à Saúde Suplementar	9
P_11_2011 - “Triando e Acolhendo” no Pronto Atendimento Municipal de Ibirapu	11
P_12_2011 - Experiência do Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP) com a Retinopatia da Prematuridade (ROP) no Município de São Paulo	13
P_18_2011 - Implantação do Sistema Integrado de Gestão em Fundação de Assistência Hospitalar: Uma Avaliação à Luz da técnica Focus Group	15
P_25_2011 - O Diagnóstico Organizacional ONA no processo de avaliação dos hospitais de Minas Gerais.....	21
P_27_2011 - Construção do plano de gerenciamento de risco em farmácia hospitalar.....	24
P_28_2011 - Desenvolvimento e Implantação do Score de Disfagia para Atendimento Domiciliar	27
P_30_2011 - Referência e Contra Referência: Case ICESP: 1 ano de Central de Regulação	30
P_31_2011 - Avaliação dos Resultados de Programa de Gerenciamento de Risco Institucional na Assistência Domiciliar	33
P_32_2011 - Análise Crítica dos Indicadores: Experiência de Implantação em um Hospital Público.....	37
P_34_2011 - Auditoria de Qualidade: Implementação do Instrumento de Auditoria Interna na Melhoria dos Processos em um Hospital Público	40
P_36_2011 - Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços De Saúde – Um compromisso com a qualidade: O Caso de uma Santa Casa do Interior do Estado de São Paulo.....	44
P_37_2011 - Auditoria de Prontuário do Paciente: Um Processo de Aprendizagem e Integração Institucional	48
P_38_2011 - Gestão por Processos Como Ferramenta da Qualidade em um Hospital-Maternidade Público do Município De São Paulo.....	52
P_39_2011 - Podemos estimar a performance de uma UTI pela variação da mortalidade de grupos de pacientes?	55
P_41_2011 - Implantação de Modelo de Gestão de Qualidade em Programa de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos	56
P_42_2011 - Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo – Seis anos de Acompanhamento	58
P_43_2011 - A Importância da Tecnologia da Informação no Departamento de Logística e Hospitalar: um Estudo de Caso	60
P_51_2011 - Análise das metas internacionais de segurança do paciente: rumo à acreditação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	63
P_53_2011 - Análise do grau de satisfação de usuários de um hospital universitário privado.....	66
P_54_2011 - Experiência de sucesso na implantação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulta no Norte de Minas Gerais.....	69
P_56_2011 - Qualidade de Vida No Trabalho – Sentido do Trabalho - Humanização nas Organizações	72
P_57_2011 - Saúde de qualidade para todos com enfoque da Jurisprudência	74
P_58_2011 - O Uso do Conceito Wiki na Área De Saúde.....	77
P_63_2011 - Análise dos Indicadores Hospitalares e a Gestão dos Hospitais na Bahia.....	80
P_64_2011 - Perfil de Pacientes Atendidos por um Grupo Hospitalar de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória.....	84
P_65_2011 - Análise dos materiais disponibilizados aos usuários de um programa de assistência domiciliar	86
P_67_2011 - Implementação de Sistema de Qualidade no Centro de Excelência em Prótese e Implante (Cepi) Na FOUSS	88
P_68_2011 - Construção de uma Diretriz Assistencial para a Segurança do Paciente no Transporte Intra-Hospitalar	91
P_70_2011 - Uso de indicadores para monitoramento da qualidade da assistência, do gerenciamento de risco e de eventos adversos em um Hospital de Recife/PE.....	94
P_71_2011 - Avaliação de Cultura Organizacional em Gestão de Risco e Segurança na Assistência à Saúde. Estudo Piloto em Hospital da Cidade de São Paulo	96
P_72_2011 - Gestão de Risco em Projetos e Obras Hospitalares.....	98
P_73_2011 - Treinamento Contínuo de Higienização das Mãos, in loco, realizado por estagiárias de enfermagem no Hospital da Prefeitura de São Paulo.....	102
P_75_2011 - Treinamento Contínuo de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes, in loco, realizado por estagiárias de enfermagem em um Hospital da Prefeitura de São Paulo	103
P_76_2011 - Resultado de Avaliação Antropométrica do Idoso em Assistência Domiciliar	104
P_77_2011 - Princípios e Progressos do Programa Saúde da Família	107
P_78_2011 - Qualidade dos Registros de Controles de Enfermagem de um Hospital Universitário	109
P_79_2011 - As expectativas da melhoria da qualidade da assistência em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Minas Gerais, no Sistema Único de Saúde, obtidas a partir da capacitação profissional.....	112
P_80_2011 - Influência da gestão de material médico hospitalar no trabalho de profissionais de hospital público de média complexidade.....	114
P_81_2011 - Financiamento e Qualificação dos Gastos Em Saúde no Brasil	117
P_82_2011 - O uso racional de medicamentos	119
P_83_2011 - Completitude, responsáveis e fontes de dados utilizadas para obtenção de informações perinatais do SIM e SINASC, no município de São Paulo.....	122
P_84_2011 - Aumento da Taxa de Ambulatorização de Cirurgias com a Utilização do Protocolo de Critérios de Admissão em Hospital Dia.....	125
P_86_2011 - Avaliação de Desempenho dos servidores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG como fator de sucesso de resultados em prol dos usuários do SUS	129
P_87_2011 - Gestão do agendamento de exames em um setor de diagnóstico por imagem: contribuições para melhoria da satisfação do cliente.....	131
P_88_2011 - Indicador Assistencial da Fisioterapia e suas melhorias	134
P_89_2011 - Experiência de Utilização do Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e do Painel de Bordo como Instrumentos de Gestão num Hospital Público	137
P_91_2011 - Mapeamento de curvas de isoe exposição, em área que usam equipamentos radiológicos móveis convencionais, como base para elaboração de estratégias de proteção radiológica	139
P_92_2011 - Farmácia Clínica em Assistência Domiciliar	143
P_93_2011 - Implantação de Remuneração por Desempenho do Corpo Clínico em Empresa de Assistência Domiciliar	144
P_94_2011 - A importância da Santa Casa de Suzano na redução da mortalidade infantil municipal.....	147
P_95_2011 - Análise de Erros de Medicação Ocorridos em um Hospital Privado da Serra Gaúcha	150
P_97_2011 - Análise de um Programa de Assistência Domiciliar de um hospital de ensino sob a ótica de cuidadores.....	152
P_98_2011 - Análise do sistema de distribuição de medicamentos de um hospital público: propostas para melhoria da eficiência institucional.....	154
P_99_2011 - Diretriz Assistencial para a Segurança do Paciente com Fratura de Femur.....	157
P_100_2011 - Estudo sobre o Aumento do Atendimento a Pacientes Com Indicação de Cirurgias Ginecológicas em um Hospital Público Municipal Respeitando os Princípios Básicos do SUS	159
P_101_2011 - O Protocolo Institucional de Manipulação Mínima no Recém-Nascido Pré-Termo de Muito Baixo Peso e seu Impacto no Indicador Assistencial da Fisioterapia	161
P_102_2011 - Efeitos da Intervenção no Processo de Terapia Nutricional	164
P_103_2011 - Avaliação das condições de saúde e nutricional do profissional que atua em hospital público	166
P_105_2011 - Acreditação Hospitalar: A Comunicação como Ferramenta de Viabilização de Processos e Segurança do Paciente	169
P_106_2011 - Un Sistema de Acreditación de Calidad como Camino de Mejora Continua: Modelo de los Institutos de Investigación Sanitaria en España	172
P_107_2011 - Avaliação Quantitativa da Disponibilidade de Informações sobre Dispositivos Implantáveis Ortopédicos	175
P_109_2011 - Segurança do Paciente Em Hemotransfusão: Proposta de Sistematização e Estratégias do Processo.....	177
P_110_2011 - Custo de Educação Continuada para Equipe De Enfermagem de um Hospital Universitário Público	181
P_111_2011 - Necessidades de cuidados de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS) de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva	183
P_112_2011 - Otimização de custos e inovação no layout do carro de emergência: segurança e qualidade.....	185

P_119_2011 - Eventos Adversos em Pacientes Cirúrgicos: Percepções da Equipe De Enfermagem	187
P_119_2011 - Eventos Adversos em Pacientes Cirúrgicos: Percepções da Equipe De Enfermagem	190
P_123_2011 - Pacto de Saúde e Cidadania	193
P_124_2011 - Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno nas maternidades da Rede de Proteção à Mãe Paulistana	197
P_125_2011 - Engajamento das Partes Interessadas nos Serviços Público de Saúde	198
P_126_2011 - O impacto da educação permanente nos resultados assistenciais em uma empresa de assistência domiciliar	201
P_127_2011 - Segurança do paciente no agendamento cirúrgico	205
P_128_2011 - Análise da intubação gástrica de usuários em um Programa de Assistência Domiciliar de um Hospital Universitário	207
P_129_2011 - Modelos de Qualidade nos Hospitais Paulistas: Visão dos Gestores.....	211
P_133_2011 - Comparação de Dosagens de Nível Sérico de Vancomicina Referência e Similar	214
P_135_2011 - Rede Hospitalar Colhe Indicadores Gerenciais e Prática Benchmarking em suas Quarenta Unidades	216
P_137_2011 - Sistema de suporte a decisão baseado na lógica difusa para estabelecimento do nível de prioridade do agendamento de exame de endoscopia digestiva alta em caráter ambulatorial	220
P_139_2011- Efeitos do gerenciamento em um Serviço de Endoscopia, com a finalidade de aprimorar informações, adequar rotinas, buscando a redução do número de requisições inapropriadas, absenteísmo e exames sem achados endoscópicos relevantes.....	224
P_140_2011 - Rede hospitalar em São Paulo – Brasil: mapear para regular.....	226
P_141_2011 - A utilização da avaliação da aderência como ferramenta de gestão do tratamento das pessoas com doença falciforme	230
P_142_2011 - Resultados Organizacionais Alcançados Durante Cinco Anos de Acreditação no Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro	232
P_143_2011 - Análise do sucesso e insucesso da ventilação não invasiva em casos de insuficiência respiratória do serviço de urgência.....	234
P_145_2011 - Viabilidade Econômica-Financeira e Custo Efetividade da Adoção Do PET-CT (Tomografia Computadorizada Por Emissão De Pósitrons) para Tratamento do Câncer.	236
P_146_2011 - Metodologia de Avaliação de Incorporação Tecnológica em Radiologia por um Hospital Público Terciário.....	240
P_147_2011 - Comunicação Virtual: “Rompendo as barreiras da comunicação com o paciente”	243
P_148_2011 - Importância da Intervenção Farmacêutica na Terapia Medicamentosa de Pacientes internados em Terapia Intensiva.....	248
P_150_2011 - Otimização do Faturamento Hospitalar: aplicação da ferramenta lean	249
P_151_2010 - Medidas Implantadas no Hospital Regional de Cotia Visando a Segurança do Paciente Cirúrgico	252
P_152_2011 - Avaliação de Programa para o Paciente Portador de Diabetes Mellitus.....	255
P_153_2011 - Atenção Farmacêutica: da Reconciliação Medicamentosa à Orientação de Alta.....	257
P_155_2011 - O Selo SINASC como estratégia de melhoria da qualidade das informações sobre nascidos vivos.....	259
P_157_2011 - Programa de Gerenciamento de Doenças – Transtornos Graves do Humor e Esquizofrenia de uma Operadora de Planos de Saúde de Belo Horizonte: Resultados Iniciais na Utilização dos Serviços de Saúde.....	261
P_158_2011 - Avaliação do Serviço de Enfermagem Hospitalar com Foco em Critérios de Processo.....	263
P_159_2011 - Conhecimento de Enfermeiros sobre Ferramentas da Qualidade e sua Aplicação	265
P_160_2011 - Avaliação de postos de coleta laboratorial de unidades de atenção primária da Secretaria Municipal da Saúde	268
P_161_2011 - Gerenciamento e uso de medicamentos – Análise da Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	270
P_162_2011 - Qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição privada	272
P_164_2011 - Construção de instrumento para avaliar atitudes dos enfermeiros frente à humanização das condições de trabalho: identificação dos fatores	275
P_165_2011 - A Aplicação da Acreditação Hospitalar aos Hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais – PRO-HOSP	277
P_166_2011 - Qualidade, Segurança e Alta Disponibilidade do Prontuário Eletrônico Do Paciente	281
P_167_2011 - Análise do Aumento dos Índices de Tratamentos Quimioterápicos Realizados em um Hospital Sentinela do Estado do Ceará	282
P_168_2011 - Qualidade em Terapia Intensiva em Busca Da Excelência	284
P_169_2011 - Programa de Melhoria Rápida da Qualidade no Hospital Infantil Menino Jesus	286
P_170_2011 - Aprimoramento da Assistência Baseado no Diagnóstico de Enfermagem em Terapia Intensiva	289
P_171_2011 - A Qualidade de Vida do Trabalhador de Enfermagem de um Hospital Estadual	291
P_172_2011 - Análise da oferta e segurança em um serviço de dispensação de medicamentos de alto custo.....	294
P_173_2011 - Farmacovigilância: 4 Anos de Experiência em um Hospital-Sentinela da Rede Pública Estadual do Ceará.....	297
P_174_2011 - Programa de Capacitação de Profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Sistema Único de Saúde	298
P_175_2011 - Análise dos Indicadores de Enfermagem de Extubação Acidental da UTI Adulto de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo	301
P_176_2011 - Mapeamento e reestruturação dos processos do setor de internação em um hospital público.....	303
P_177_2011 - Incorporação de tecnologias em Farmácia Hospitalar: um estudo para centralização	305
P_178_2011 - Acreditação Internacional em Hospital Universitário: Análise dos Resultados da Modalidade Educação de Paciente e Familiares	309
P_179_2011 - Análise dos processos de trabalho da farmácia e almoxarifado de um Pronto-Socorro do município de São Paulo	312
P_180_2011 - Desafio de uma nova maternidade	315
P_181_2011 - Rede InovarH – Mecanismo de Difusão do Conhecimento	316
P_182_2011 - Utilização de indicadores assistenciais para a tomada de decisões estratégicas em hospitais privados no Município de São Paulo	319
P_183_2011 - Organização do processo de trabalho: competências e atribuições do Serviço Social nas Unidades de Saúde.....	321
P_184_2011 - Pacientes maiores de 18 anos em Hospital Pediátrico Público Terciário: uma avaliação do impacto nos serviços	323
P_185_2011 - Fluxo do cliente no Ambulatório de Gastrocirurgia.....	326
P_186_2011 - Gerenciamento do risco nos hospitais socialmente necessários de Minas Gerais.....	328
P_187_2011 - Análise do edital de compras de medicamentos: garantia da qualidade e segurança.....	329
P_188_2011 - Sistema de Gerenciamento dos Custos Hospitalares (SIGH – Custos): um caso de sucesso em hospitais da maior rede hospitalar pública do Brasil.....	331
P_189_2011 - Cultura de segurança como melhoria do sistema de gestão: estudo exploratório em empresa com sistema de gestão de saúde e segurança no trabalho modelo OHSAS 18001	335
P_190_2011 - Comunicação Interna Organizacional – um desafio constante na Gestão Hospitalar	348
P_191_2011 - Estudo dos custos de UTI: o uso da meta-informação custos na maior rede Hospitalar pública da América Latina	353
P_192_2011 - Divergência entre produção e faturamento de exames de ressonância magnética em um hospital público terciário: uma análise do fluxo de informação	356
P_193_2011 - Programa 5S em unidades de saúde: a importância do planejamento para alcançar a qualidade.....	359
P_194_2011 - Uso de Casos, Crônicas e Notícias Como Ferramenta para Desenvolvimento de Recursos Humanos.....	361
P_195_2011 - Observatórios de Custos em Saúde – O uso da meta-informação de custos em saúde como subsidio a qualidade do setor saúde.....	364
P_196_2011 - Implantação X Redução: Impacto nos custos através da centralização dos materiais de curativos	367
P_197_2011 - Concomitância de Diferentes Modelos de Acreditação numa Mesma Instituição	369
P_199_2011 - Processo de segurança do paciente - Comunicação entre equipes.....	371
P_200_2011 - “Preparo e administração de medicação a beira leito – uma prática de cuidado segura”	372
P_201_2011 - Educando o Paciente Portador de Doença Falciforme no Manejo da Dor Através do Autocuidado	374
P_202_2011 - Gestão da Informação num Hospital em Processo de Acreditação Canadense	375
P_203_2011 - Gestão de Indicadores de Qualidade e Segurança: Modelo Analítico de “Performance” da UTI Neonatal	379
P_204_2011 - Atenção Integral ao Paciente Suicida – Modelo de Interface entre o Hospital Regional e a Rede Referenciada	383
P_205_2011 - Programa de Devolução Espontânea de Medicamentos.....	384

P_206_2011 - Programa de Redução da Média de Permanência Hospitalar na Santa Casa de Montes Claros-MG	387
P_207_2011 - Auditoria de Enfermagem na Busca da Acessibilidade entre o Custo e a Excelência da Qualidade: Uma Revisão Integrativa	390
P_208_2011 - Monitoramento Telefônico de Mulheres no Ciclo Gravídico-Puerperal em um Plano de Saúde Localizado na Cidade de São Paulo	393
P_209_2011 - Avaliação dos Indicadores de Governo, Liderança e Direção do HCPA sob as diretrizes da Joint Commission International	396
P_210_2011 - Protocolo institucional para prevenção da infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central em unidade de terapia intensiva	398
P_211_2011 - Análise da demanda por transporte de pacientes em um hospital de cuidados intermediários, como base para a organização de padrões de trabalho e estruturação de uma Central de Transportes.....	399
P_212_2011 - Revisão da metodologia aplicada à redação de procedimentos assistenciais com foco na segurança do paciente, colaborador	403
P_213_2011 - Erros de Medicação: uma revisão bibliográfica para construção da diretriz assistencial	405
P_214_2011 - Avaliação de Pacientes em Hospital-Escola Terciário.....	410
P_216_2011 - Aspectos da Qualidade e Recuperação de Serviços na Saúde: Um Enfoque nos Serviços Odontológicos.....	413
P_218_2011 - Análise de Indicadores em Saúde: a Experiência dos Centros Viva Vida de Referência Secundária.....	417
P_220_2011 - Metodologia transdisciplinar aplicada no desenvolvimento de gestores da área de saúde.....	421
P_221_2011 - Avaliação das Práticas de Controle do Diabetes Mellitus no Município de São Paulo como Condição Traçadora da Qualidade da Atenção	422

Relatos de Experiência

RE_3_2011 - Avaliação do Perfil Ocupacional dos Colaboradores de uma Unidade de Produção de Refeições do RJ.....	425
RE_4_2011 - Endomarketing como ferramenta para ampliação do uso do Prontuário Eletrônico Relato de experiência.....	425
RE_6_2011 - Melhoria do Processo de Segregação, Distribuição e Recolhimento de Prontuários Ambulatoriais.....	425
RE_9_2011 - Tuberculose: uma proposta para busca ativa de casos suspeitos.....	426
RE_10_2011 - Utilização da ferramenta “Business Intelligence” para monitoramento do protocolo de profilaxia de tromboembolismo venoso.....	426
RE_11_2011 - Integração da Central de Emergências ao Acionamento do Código Azul.....	427
RE_12_2011 - Software Netpage e melhoria da mensagem enviada em situações de Código Azul.....	427
RE_13_2011 - Avaliação do Perfil Ocupacional dos Colaboradores de uma Unidade de Produção de Refeições do RJ.....	428
RE_14_2011 - Evidenciando a Atuação da Comissão de Óbitos do Hospital Universitário Clemente de Faria Através de Indicadores de Estrutura.....	428
RE_15_2011 - Envelhecimento – Perspectivas e Concepções. O Caso do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso Eny Faria de Oliveira.....	428
RE_19_2011 - Exposições de Idéias Inovadoras - todos podem participar.....	429
RE_21_2011 - Exposições como ferramenta para melhoria da qualidade e segurança.....	429
RE_22_2011 - Quimioterapia Segura – Uma Interação Multidisciplinar.....	430
RE_24_2011 - Protocolo de redução da taxa de bacteremia relacionada a cateter venoso central.....	430
RE_26_2011 - Resultados Após a Implantação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente.....	431
RE_27_2011 - Atendimento Multidisciplinar Ambulatorial para Pacientes com Demência em um Hospital Privado.....	431
RE_28_2011 - Projeto Cuidar na Visão Transdisciplinar: Relato de Experiência.....	432
RE_29_2011 - Questionário anônimo como metodologia de busca de causas de erros e quase erros de medicação em Hospital Escola.....	432
RE_30_2011 - Boletim colaborativo interdisciplinar sobre políticas e uso racional de medicamentos.....	432
RE_32_2011 - Simulado de Emergência no Papel.....	433
RE_33_2011 - Treinamento Institucional: Projeto Recertificação Internacional.....	433
RE_34_2011 - Relato De Sucesso Da Desospitalização Do Idoso Para Home Care.....	434
RE_36_2011 - Checagem de Segurança Pré-Operatória como Metodologia para Diminuir os Riscos Assistenciais.....	434
RE_43_2011 - Alta Hospitalar Segura: Apoio a Desospitalização do Paciente Idoso de Longa permanência.....	435
RE_46_2011 - Impacto da instalação de Centros de Especialidades Odontológicas na oferta de Procedimentos de Média Complexidade pela Rede Estadual de Assistência.....	435
RE_47_2011 - Hospital Regional: do planejamento à inauguração - Desafios e lições aprendidas.....	436
RE_48_2011 - PAV: Um desafio que só pode ser vencido através da melhoria contínua.....	436
RE_49_2011 - Escala de Complexidade Clínica como Estratégia de Melhoria da Qualidade de Gestão da Fisioterapia em Hospital Pediátrico.....	437
RE_50_2011 - Implantação da ferramenta FMEA como matriz do mapeamento de riscos no Hospital Estadual Vila Alpina: relato de experiência.....	437
RE_52_2011 - Indicadores Assistenciais – Quase-falhas em dietas por via oral.....	438
RE_53_2011 - Qualidade e Segurança – Plataforma de mensagens informatizada: otimização do trabalho da nutricionista e segurança para o paciente.....	439
RE_54_2011 - Informatização dos Mapas de Alimentação do Setor de Nutrição Clínica.....	440
RE_55_2011 - Gripe Influenza A H1N1 impactando as taxas de mortalidade materna na cidade de São Paulo em 2009.....	440
RE_57_2011 - Implantação da Checagem de Segurança nos Procedimentos Invasivos.....	441
RE_58_2011 - Avaliação Sistematizada da Dor e Ações Educativas como um Instrumento para a Qualidade da Assistência Prestada ao Doente com Dor.....	441
RE_59_2011 - Identificação do Paciente como Estratégia Prioritária na Garantia da Segurança do Paciente no Hospital Estadual Sumaré.....	441
RE_60_2011 - Incentivo as Notificações de Tecnovigilância como Mecanismo de Segurança na Utilização de Materiais Médico Hospitalares no Hospital Estadual Sumaré.....	442
RE_61_2011 - A Disseminação da Cultura de Segurança em um Hospital Público.....	443
RE_64_2011 - Metodologia para avaliação da evolução terapêutica no Centro de Reabilitação para pessoas com deficiência física da AACD.....	443
RE_71_2011 - Vacinação Contra H1N1 no Hospital – Uma Estratégia Bem-Sucedida.....	444
RE_72_2011 - Reconciliação Medicamentosa em Pacientes Cirúrgicos.....	444
RE_74_2011 - Uso da ferramenta eletrônica na comunicação multidisciplinar: A experiência de implantação simultânea (big-bang) do prontuário eletrônico, prescrição eletrônica e checagem eletrônica da prescrição num hospital filantrópico de São Paulo.....	445
RE_74_2011 - Implantação do Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas de Pacientes: Um Relato De Experiência.....	445
RE_75_2011 - Uso Seguro de Medicamentos com Aparências e Sons Semelhantes.....	446
RE_77_2011 - Indicadores de Qualidade Assistencial (IQA) em Cirurgia de Revascularização miocárdica (CRM).....	446
RE_78_2011 - Proyecto Científico Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) – España.....	447
RE_79_2011 - 12 de Años de Planes de Calidad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (España).....	447
RE_80_2011 - Grupo de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória: Um Relato de Experiência.....	448
RE_82_2011 - Análise crítica dos eventos sentinela do Laboratório de Análises Clínicas de um Hospital Universitário: um relato de experiência pelo Serviço da Qualidade.....	448
RE_83_2011 - O Enfermeiro no Gerenciamento do Cuidado.....	449
RE_84_2011 - Segurança do Paciente: Implantação de Medidas para uma Assistência de Qualidade.....	449
RE_86_2011 - Gerenciamento de Projetos Aplicado à Segurança do Paciente.....	450
RE_92_2011 - Percepção da Equipe Profissional para Aderência do Paciente HIV Positivo Ação de Acolhimento. Uma questão de Comunicação.....	450
RE_93_2011 - Projeto Psiquiatria Para Uma Vida Melhor.....	450
RE_94_2011 - Corporativo de Farmácia como Modelo de Gestão para Padronização de Processos Farmacêuticos dentro de uma O.S.S.....	451
RE_95_2011 - Implementação de modelos de evolução dos pacientes por profissionais.....	451
RE_96_2011 - Acompanhamento de Adesão a Protocolos de Prevenção de Complicações Infeciosas.....	452
RE_97_2011 - Auditoria de Enfermagem - A implementação de uma nova prescrição.....	452
RE_98_2011 - Metodologia tracer com foco na atenção Domiciliar.....	453
RE_99_2011 - Farmacêutico Clínico.....	453
RE_100_2011 - Implantação de um Programa de Capacitação em Cateter Venoso Central Totalmente Implantável (Port-a-cath) para Enfermeiros em um Hospital de Oncologia Pediátrica.....	454
RE_101_2011 - Promovendo Educação, Lazer e Cultura no Ambiente Assistencial.....	454
RE_102_2011 - As Evidências Científicas como Instrumento para Tomada de Decisões Gerenciais: Perspectivas e Desafios.....	455
RE_103_2011 - Implantação do Sistema de Notificação de Não Conformidade (NNC) online.....	455
RE_104_2011 - PIDI - Programa de Investigação Diagnóstica do Idoso.....	456
RE_106_2011 - Consolidando processos de comunicação na rotina de um hospital público.....	456
RE_108_2011 - Adequação do tamanho do manguito do aparelho de pressão arterial não invasivo na Clínica Médico Cirúrgica (CMC).....	456
RE_109_2011 - Implantação do Protocolo de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico na Visão Transdisciplinar: Relato de Experiência.....	457
RE_110_2011 - Índice de Perda de Sonda Nasogastrointestinal e Aporte Nutricional Pré e Pós Mudança da Fixação da Sonda.....	457
RE_113_2011 - Implantação do Protocolo de Prevenção de Extubação.....	458
RE_115_2011 - Um Relato de Experiência: Inovando o Cuidado.....	458
RE_116_2011 - Proposta de Aplicabilidade do Modelo Calgary Durante a Hospitalização do Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva NE.....	459

RE_118_2011 - Ambiente Virtual de Aprendizagem.....	459
RE_119_2011 - Indicador de Flebite: Gerenciamento, Aprendizado e Desafios.....	459
RE_120_2011 - Relato de Experiência: Elaboração e Aplicação do Projeto “Acompanhante Bem-Vindo ao Nosso Centro Cirúrgico”, realizado em um Hospital Municipal Infantil	460
RE_121_2011 - Relato de Experiência: Elaboração e Aplicação do Projeto “Melhorar o controle das solicitações de Serviço de Moto boy	461
RE_122_2011 - Relato de experiência: Implantação da Comissão de Segurança do Paciente	461
RE_123_2011 - Utilização de Indicadores de Desempenho nas Farmácias em Instituições de Saúde Gerenciadas por uma Organização Social de Saúde.....	462
RE_124_2011 - Relato de experiência de implementação de notificação de eventos adversos e o impacto na segurança e qualidade da assistência a saúde.....	462
RE_125_2011 - CASE- Gestão Integrada com Vigilância em Saúde gerando mais saúde.....	463
RE_127_2011 - Relato de Experiência: Elaboração e Aplicação do Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Ambulatorial em Diabetes (SAE-AD) em um Hospital Pediátrico Municipal.....	463
RE_128_2011 - Indicadores Hospitalares: Análise de Concordância.....	464
RE_130_2011 - Garantindo a Qualidade e a Segurança no Processo de Isolamento para Doenças Infecciosas	464
RE_133_2011 - Avaliação de Conhecimento dos Treinamentos da Equipe de Copa.....	465
RE_134_2011 - Impacto de implantação de protocolo prospectivo para detecção precoce de pacientes com sepsis em hospital público.....	465
Re_135_2011 - Melhorias de Processos após Implantação de um Setor de Orientação e Convocação de Pacientes em Serviço de Imagem em Instituição Pública de Saúde.....	466
RE_136_2011 - Atendimento Multiprofissional aos Pacientes Internados no Pronto Atendimento	466
RE_137_2011 - Central de Laudos proporciona qualidade em Diagnóstico por Imagem com agilidade e segurança na Saúde Pública	467
RE_138_2011 - Treinamento Admissional e Acompanhamento do Desenvolvimento de Profissionais Assistenciais de Nível Superior (Nutricionistas, Fisioterapeutas, Farmacêuticos e Enfermeiros).....	467
RE_139_2011 - Relato de Experiência: Legionella, doença do legionário, risco sanitário, hospitais, pneumonia	468
RE_140_2011 - Estratégias de atuação proativa nas questões regulatórias: a experiência do Núcleo de Assuntos Regulatórios de uma Operadora de Saúde na melhoria da qualidade rumo a acreditação.....	468
RE_141_2011 - Brincar é coisa séria na saúde pública do município de São Paulo	469
RE_146_2011 - Implantação do Sistema IMPAX para encaminhamento de laudos e orientações nutricionais aos clientes do Check-up	469
RE_147_2011 - Registros Corretos de Conferência de Entrega de Dietas Enterais e Suplementos Orais.....	470
RE_148_2011 - Implantação do Serviço de Vigilância de Riscos Hospitalares em um Hospital Público na Zona Leste de São Paulo – Relato de experiência.....	470
RE_149_2011 - Qualidade Assistencial no currículo médico: plantando uma semente em terra fértil	471
RE_150_2011 - Boas práticas como fator de sucesso na implantação e uso de um sistema de Prontuário Eletrônico.....	471
RE_151_2011 - A Utilização das Mídias Digitais como Instrumentos de Disseminação e Implementação de um Programa de Segurança em Saúde	471
RE_152_2011 - Indicadores Assistenciais na Amamentação.....	472
RE_154_2011 - Implantação da gestão visual de Indicadores em um hospital privado localizado na cidade de São Paulo	472
RE_155_2011 - Relato de Experiência: Classificação de Risco como instrumento de acompanhamento da periodicidade de consultas de enfermagem em um Centro de Saúde do Estado de São Paulo gerenciado por uma Organização Social	473
RE_156_2011 - Aplicação do “Check List – Procedimento Seguro” em uma unidade de diagnóstico por imagem	473
RE_157_2011 - Indicador de qualidade assistencial de enfermagem em tomografia computadorizada.....	474
RE_158_2011 - Enfermeiro Clínico Assistencial: gestão da assistência de enfermagem.....	474
RE_159_2011 - Indicador assistencial de punção venosa sem êxito em tomografia computadorizada	475
RE_160_2011 - Resultados da implantação de bundle de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI de um hospital da rede pública da cidade de São Paulo	475
RE_162_2011 - Implantação das Práticas Organizacionais Requeridas do Método de Acreditação Canadense no Hospital Estadual De Diadema	476
RE_163_2011 - Relato de Experiência: Controle da evasão de roupas hospitalares em Hospital Municipal Infantil	476
RE_164_2011 - Segurança do paciente no uso de medicamentos e dietas mantidos sob refrigeração	477
RE_166_2011 - Gestão à vista: exposição e análise de informações com base na Gestão do Conhecimento	478
RE_167_2011 - Ferramenta para Identificar Intercorrência Clínica a Distância.....	478
RE_168_2011 - Implantação do Protocolo Institucional para Profilaxia Antimicrobiana em Cirurgias.....	479
RE_170_2011 - Implantação de Checklist na UTI Pediátrica para Promoção da Segurança do Paciente – Relato de Experiência.....	479
RE_171_2011 - Contratualização de Resultados: uma Estratégia de Gestão que favorece a Qualidade e a Segurança nos Serviços de Saúde Pública.....	480
RE_174_2011 - Gerenciamento e Vigilância de Risco para Redução dos Erros de Medicação na Clínica Médico Cirúrgica (CMC)	480
RE_175_2011 - Melhoria na Qualidade da Assistência Hospitalar - inovahosp.....	481
RE_176_2011 - Uso de Checklist como Ferramenta Adicional na Redução de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central	481
RE_177_2011 - O Processo de Enfermagem como Caminho para Melhoria da Qualidade na Assistência	482
RE_178_2011 - Gestão Matricial – Uma Proposta de Comunicação Efetiva para Equipes Multiprofissionais e Multidisciplinares.....	482
RE_179_2011 - Segurança do Paciente no Centro de Diagnóstico	483
RE_180_2011 - Informatização das planilhas dos indicadores e reestruturação do processo de coleta de dados e análise dos resultados em uma unidade ambulatorial sob gestão da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, SPDM	484
RE_181_2011 - Comissão de Revisão de Prontuários: do papel para a ação!.....	484
RE_182_2011 - Impacto de um Programa Educacional na Adesão à Higiene das Mãos entre Profissionais da Área da Saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.....	485
RE_183_2011 - Implantação e seguimento de protocolo de trombólise em pacientes com Acidente Vascular Isquêmico em um hospital público – SUS	485
RE_184_2011 - Infecção de Sítio Cirúrgico: Estudo Prospectivo de 1949 Cirurgias de Correção de Cardiopatia Congênita Adriana Maria da Silva, Priscila F Silva, Evandro Penteadó Villar Felix, Pedro A Mathiasi	486
RE_185_2011 - O Impacto da Educação Médica Continuada na Qualidade do Atendimento do Pronto Socorro de um Hospital Público com Parceria Privada	486
RE_186_2011 - Banco de Dados e Indicadores de Qualidade como Ferramentas na Gestão de UTI.....	487
RE_187_2011 - Análise dos registros de enfermagem relacionados à úlcera por pressão em um hospital universitário.....	487
RE_188_2011 - Gerenciamento de Riscos na Hemoterapia.....	487
RE_189_2011 - Gestão de Risco em equipamentos médicos e o Serviço de Enfermagem.....	488
RE_190_2011 - Reconciliação Medicamentosa	488
RE_191_2011 - Implementação de uma Central de Informação sobre Medicamentos (CIM) e a Descentralização deste Serviço nas Unidades Afiliadas	489
RE_192_2011 - Experiência de Medicação Assistida aos Usuários do Serviço de Saúde Mental, aos Hospitalizados, de Acordo com o Modelo de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial	489
RE_193_2011 - Implementação de uma Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores em uma Organização Social de Saúde	490

Qualidade e Segurança

P_3_2011 - Análise do fluxo e mapeamento de processos de utilização de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) em um Centro Cirúrgico de um hospital de médio porte no interior de São Paulo

Juliana Nogueira Franco Buani, Maria D'Innocenzo

Resumo: Para conhecer uma organização é necessário compreender os seus fluxos de trabalho, e para melhor avaliação, análise e melhoria contínua desses processos, os mesmos devem ser mapeados de forma clara e concisa. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, realizada em seis etapas, e que possibilitou a identificação rápida in loco de pontos críticos que necessitavam ser revisados, mas que estavam encobertos, por fazerem parte da rotina. Permitiu também localizar oportunidades de melhoria em menor tempo e com maior qualidade, o que corrobora para uma redução de custo, por facilitar a identificação de fontes de desperdício.

Palavras Chave: Administração de materiais no hospital; controle da qualidade; enfermagem; fluxo de trabalho.

Introdução

Um hospital é uma unidade econômica que possui vida própria e difere das outras empresas porque seu objetivo ou produto básico é a manutenção ou o restabelecimento da saúde do paciente(1).

Para conhecer uma organização é necessário compreender os seus fluxos de trabalho(2). Tradicionalmente, as empresas ignoram seus processos, mas elas tem muito a ganhar ao se dedicarem a conhecê-los melhor(3).

A identificação e a análise de processos levam ao melhor entendimento de como funciona a organização(4).

Processos podem ser definidos por um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas numa seqüência determinada, vão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e outras partes interessadas(5). Todos os processos necessariamente possuem "entradas" as quais são trabalhadas para produzir uma "saída", normalmente as saídas de um processo são entradas para o processo subsequente

As empresas precisam entender claramente que é preciso monitorar o desempenho dos processos, principalmente os que são críticos, pois são os que mais impactam na satisfação das partes interessadas(1). São processos críticos os que causam reclamação ou problemas para os clientes externos e internos, como os processos de alto custo e os de longo ciclo de duração(2).

A metodologia de gestão por processos é um meio para que muitas pessoas envolvidas com um determinado assunto se expressem sobre ele(6).

Para melhor avaliação, análise e melhoria contínua desses processos, os mesmos devem ser mapeados de forma clara e concisa, o que permite localizar oportunidades de melhoria no tempo de resposta, na qualidade e redução de custos.

O mapeamento representa os diversos passos ou eventos que ocorrem durante a execução de uma tarefa específica, ou durante uma série de ações, e pode registrar o andamento do processo por meio de um ou mais departamentos. O estudo minucioso desse mapa, fornecendo representação gráfica de cada passo do processo certamente sugerirá melhorias. Após a análise do mapa de processo, é comum concluir que certas operações podem ser inteiramente, ou em parte, eliminadas.

O mapeamento tem por objetivo: 1) "fotografar" o processo, visando entendimento uniforme do processo por todos os envolvidos, 2) estabelecer para o processo todas as práticas do trabalho, produtos, entradas e saídas, 3) identificar "desconexões" do processo, ou seja entradas e saídas faltantes, redundantes ou ilógicas que poderiam estar afetando o processo(6).

O objetivo principal do mapeamento é permitir a gestão dos processos, o que significa medir, atuar e melhorar! Os indicadores devem ser usados para determinar em que ponto do processo ocorrem os entraves(7).

Em qualquer tipo de organização, incluindo-se as instituições hospitalares, a gestão de estoques, mais especificamente de materiais de uso hospitalar, como um ideal, deve estar voltado para o futuro. Este princípio frequentemente é ignorado na prática, em grande parte porque o estado atual da arte em gestão de estoques de materiais não proporciona sistemas de controle que efetivamente permitam a percepção de desvios indesejáveis em relação aos planos, antes que ocorram, e que permitiria a tomada, em tempo hábil, de medidas para corrigi-los(8).

É importante ressaltar o fato de que, as inúmeras atividades desenvolvidas pela gestão de estoques – desde a compra, passando pelo armazenamento e indo até o consumo - sempre são acompanhadas por uma série de problemas, compreendendo o material em si, sua movimentação interna e externa, sua estocagem, o pessoal envolvido, etc(8).

As instituições hospitalares precisam empenhar-se mais em proporcionar meios que permitam a melhoria da eficiência e eficácia de sua gestão de estoques, pelos altos custos que representa esse processo.

Para que esse controle seja eficiente, deve-se supervisionar o funcionamento no decorrer da execução e medir os resultados em relação aos planos, determinado-se assim fatores que favorecem ou dificultam a obtenção desses resultados, procurando corrigir os desvios e facilitando com isso à administração de matéria para a consecução dos objetivos do hospital(9).

Os processos interfuncionais intermeiam a organização horizontalmente, passando por várias funções ou departamentos, sendo que raramente existe uma pessoa específica como responsável pelo processo (2).

Após análise e avaliação do assunto, muito nos intrigou o cenário atual do setor de Centro Cirúrgico no que diz respeito à utilização de OPME. Foi então realizado uma análise do modo e efeito de falhas, utilizando a ferramenta FMEA, no setor de suprimentos do CC, onde o resultado não nos surpreendeu por ter evidenciado que o maior fator de risco do serviço foi referente à utilização de OPME, pois além de representar vultuosos valores financeiros, envolvia em seu fluxo, diversos outros departamentos, e até então não existia uma figura responsável pelo processo todo, pois a supervisão do centro cirúrgico era também responsável pela supervisão do setor de suprimentos do Centro Cirúrgico, enquanto que todos os outros processos relacionados com OPME eram de responsabilidade do setor de logística. Desse fato surgiu o desejo das autoras em realizar um estudo que pudesse detalhar o processo atual e sugerir as adequações necessárias, pois, para uma instituição hospitalar, OPME são os ativos de maior impacto financeiro, e sua gestão, desde a identificação do fornecedor até sua reposição deve ser criticamente entendida e atendida.

Para melhorarmos continuamente a organização de nossa instituição, precisamos ter um constante espírito de indagação, que encontre meios organizados para se expressar e colaborar na construção de sonhos coletivos. Sonhos compartilhados por muitas pessoas se concretizam(6).

O mapeamento não deve ser entendido com uma revisão de processos. A preocupação maior é assegurar melhores resultados, e nesse caminho, trata-se de mudança cultural(5).

A análise e o gerenciamento dos processos trazem resultados significativos na eliminação ou redução dos chamados custos invisíveis, mas muito mais do que isso, contribui para uma mudança de filosofia de trabalho. Uma organização consciente das necessidades de seus clientes e dos objetivos de seu negócio(5).

2. Objetivo Geral:

Mapear e redesenhar o processo de utilização de OPME em um Centro Cirúrgico de um hospital de médio porte no interior de São Paulo,

3. Metodologia

3.1 Tipo de estudo:

O estudo caracteriza-se como descritivo e exploratório.

3.2. Local de Estudo:

Os dados foram obtidos em um hospital privado, de médio porte em São José dos Campos – São Paulo. Trata-se de um hospital geral, de médio porte, com 8 anos de existência e acreditado nível II ONA. Conta atualmente com 54 leitos, sendo 40 de Clínica Médico Cirúrgica, 8 de terapia intensiva e 6 de Hospital Dia. A taxa média de ocupação é de 60%.

3.3 Procedimento Ético

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, processo n. 1590/09, e autorização do responsável legal pela instituição. Todos os participantes foram orientados e aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 População

Participaram da pesquisa, dois profissionais do setor de OPME, sendo um comprador de OPME e o outro auxiliar de OPME. Três profissionais do setor de Suprimentos do Centro Cirúrgico, todos eles com a função de auxiliar de suprimentos de Centro Cirúrgico, e dois profissionais do Centro Cirúrgico, que eram auxiliar de agendamento e supervisora de Enfermagem do Centro Cirúrgico. Todos os colaboradores possuíam vínculo empregatício CLT e trabalhavam em regime de 44 h semanais. Os colaboradores do Centro Cirúrgico e OPME cumpriam nove horas de segunda a quinta-feira e oito horas às sextas-feiras. Já os colaboradores do setor de Suprimentos do Centro Cirúrgico cumpriam carga horária de oito horas divididos em três turnos diários, nos períodos da manhã, tarde e noite. O tempo de atuação dos participantes na instituição variava de quatro meses a dois anos, e a idade dos participantes também variava de 22 a 37 anos.

3.5 Obtenção dos dados

Para a realização desse estudo, o trabalho foi desenvolvido em seis etapas. E visando a facilitar a implementação das atividades, as mesmas foram desenvolvidas na ordem a seguir apresentadas.

3.5.1 Divulgação do projeto a todos os envolvidos no processo OPME.

Foi realizada reunião, onde foi exposto o cenário atual sobre o assunto, divulgado a intenção de realizar a pesquisa, realizado aula expositiva com utilização de recursos áudio-visuais (data-show) sobre mapeamento de processos e convidado formalmente os colaboradores presentes a participarem da pesquisa. A duração da reunião foi de 01h45m.

3.5.2 Mapeamento do processo atual.

Foi agendada reunião de 2h com os participantes, especificamente para desenhar o mapa atual do processo de OPME, que foi validado por todos os participantes da pesquisa.

Como atividade complementar, foi realizado o mapeamento do processo, que gerou a necessidade de identificar todos os documentos existentes na instituição referentes à utilização de OPME, desde seu fornecimento, até sua reposição. Esses documentos foram fornecidos pelo setor de qualidade que forneceu às pesquisadoras a documentação uma semana após sua solicitação.

3.5.3 Estudo das desconexões.

Todos os documentos apresentados foram minuciosamente analisados pelas pesquisadoras. Quando ocorriam dúvidas os responsáveis pela elaboração do documento eram questionados, dirimindo assim as possibilidades de interpretação equivocada do processo. A análise da documentação ocorreu no período de 23 dias seguidos.

Para melhor entender o fluxo de trabalho e sugerir melhorias pertinentes, fez-se necessário o acompanhamento das atividades concernentes à utilização de OPME, nos setores de compras de OPME, Autorizações de OPME, Central de Material, Suprimentos de Centro Cirúrgico, Agendamento de Cirurgias e Centro Cirúrgico. O acompanhamento das atividades ocorreu em um período de seis dias seguidos.

3.5.4 Redesenho do processo.

Evidenciadas as fragilidades do processo, foram sugeridas complementações, alterações e melhorias na documentação analisada. Novos fluxos foram elaborados e apresentados à equipe. O redesenho do processo foi elaborado no período de duas semanas.

3.5.5 Validação do novo fluxo de atividades.

Os novos fluxos elaborados pelas autoras com o apoio do escritório da qualidade e apresentados para a equipe, que após discussão, sugeriram alterações e melhorias pertinentes. Realizadas as alterações propostas, houve nova apresentação ao grupo, onde então os fluxos foram validados.

3.5.6 Divulgação e treinamento.

Após redesenho do processo, o material foi encaminhado ao escritório da qualidade, que divulgou e oficializou a alteração dos fluxos. O treinamento foi realizado no período de quinze dias para todos os envolvidos no processo.

4. Resultados

Para melhor entendimento de um processo interfuncional, foi realizado o mapa do processo, conforme demonstra a figura 1, o que gerou rica discussão entre os participantes, e que possibilitou conhecer a realidade dos profissionais, os problemas por eles enfrentados e as estratégias utilizadas. Possibilitou ainda uma reflexão sobre as rotinas e padrões aplicados de forma normal e rotineira, mas que há muito precisavam ser reavaliadas. Essa estratégia foi enriquecedora para a equipe e possibilitou a identificação rápida in loco de pontos críticos que necessitavam ser revisados, mas estavam encobertos, por fazerem parte da rotina(10).

Foram analisados três fluxos, doze procedimentos operacionais padrão, duas normas, e um protocolo, o que equivale a um total de dezoito documentos. Desses, 50% foram elaborados pelo setor de suprimentos do Centro Cirúrgico e o conteúdo era basicamente sobre as atividades do setor. O setor de OPME foi responsável pela elaboração de 33%, o setor de Centro Cirúrgico 7%, agendamento 1% e Central de Material e Esterilização 9%, totalizando 100% da documentação analisada.

Foi possível evidenciar por meio da análise documental, que o tempo de atuação na instituição é um fator relevante, pois o maior número de falhas e ajustes ocorreram nas normas, rotinas e fluxos elaborados por colaboradores que tinham menos de um ano de atuação na instituição.

Os resultados indicaram que antes do redesenho, o processo de OPME possuía quatro tarefas que eram: autorização de OPME pelo convênio, controle de consignação temporária, reposição de material consignado e cobrança de OPME na conta do paciente, e toda a documentação identificada tratava especificamente dessas questões.

Após a análise da documentação e observação do fluxo de trabalho, evidenciou-se que havia a necessidade de redesenho do processo. Foram então redesenhados todos os fluxos, levando-se em consideração a inclusão de mais duas tarefas, que são a "solicitação de OPME durante o agendamento cirúrgico" e a "compra de OPME". Houve a necessidade de fusão e alteração do nome das tarefas "reposição de material consignado" e "consignação temporária", para "controle e reposição de OPME consignado". As outras duas tarefas permaneceram inalteradas. Sugerido as inclusões e alterações pertinentes nos documentos já existentes, o que ocorreu em um prazo de quinze dias.

5 Conclusão

O redesenho do processo foi documentado de forma clara e concisa, o que permitirá localizar oportunidades de melhoria em menor tempo e com maior qualidade, o que corrobora para uma redução de custo, por facilitar a identificação de fontes de desperdício. A revisão dos processos de OPME também seguramente reduziu as chances de falhas. Sugerimos que a próxima etapa a ser trabalhada seja a mensuração de resultados concretos, pois tão importante quanto mapear os processos é definir os indicadores de desempenho, além dos modelos de controle a serem utilizados.

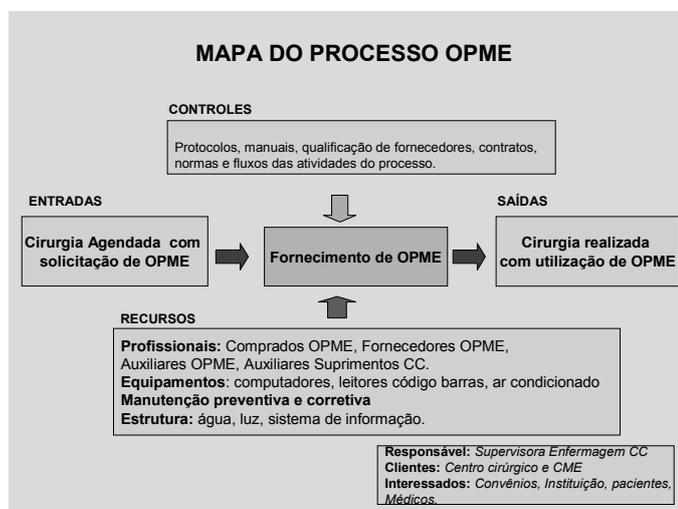


Figura 1 – Desenho do Processo de OPME

Referências

- 1 Pedrosa TMG, Couto RC. Mapeamento de processos. IN: Couto RC, Pedrosa TMG. Hospital: acreditação e gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- 2 Costa JC, Gonçalves MB, Giacombo F. Gestão de estoque de materiais de baixíssimo giro considerando processos críticos para organização. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/107.pdf>. Acesso em 24/07/09.
- 3 Gonçalves JE. As empresas são grandes coleções de processos. ERA – revista de administração de empresas / EAESP/ FGV. São Paulo, vol 40. n.1, p 6-19.
- 4 Barabá S. Gestão por processos – fundamentos, técnicas e modelos de implementação. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
- 5 Zacharias O. Mapeamento de processos: uma ferramenta para o gerenciamento e melhoria. Revista Banas Qualidade. São Paulo, n. 202, março de 2009.
- 6 UNICAMP(2003). Gestão por processos. UNICAMP_170903.pdf. Disponível em http://www.prd.unicamp.br/gestao_por_processos/palestras/gestao_processos/. Acesso: 23/07/09.
- 7 Joint Commission Resources. Gerenciando o Fluxo de Pacientes. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- 8 Barbosa EA, Azevedo LG, Villar AM. Gestão de Estoques em materiais de uso Hospitalar: análise de modelo utilizado num hospital universitário público. XXIV Encontro Nac. de Eng. e Produção. Florianópolis; 2004.
- 9 Maehler AE, Ceretta OS, Cassenego PJ. Aplicação do método de criticidade de materiais em estoques hospitalares. XXIV Encontro Nac. de Eng. e Produção. Florianópolis; 2004.
- 10 Silva AEBC, Análise de risco do processo de administração de medicamentos por via intravenosa em pacientes de um hospital universitário de Goiás. Dissertação de Doutorado. Ribeirão Preto, 2008.

QUALIDADE E SEGURANÇA

P_4_2011 - Implicações éticas do uso das informações individualizadas em saúde: o “Consentimento Esclarecido” como instrumento de promoção de princípios bioéticos relacionados à Saúde Suplementar

Rosana Príncipe Passini

Introdução

Este trabalho analisa as implicações éticas da adoção do padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), implantados pela agência reguladora responsável, em específico os princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo das informações e dados individualizados informatizados em saúde.

Três abordagens norteiam o estudo: em primeiro a bioética, tendo como referência os princípios da “Declaração universal sobre Bioética e Direitos Humanos” da UNESCO (2005); em segundo, uma abordagem filosófica referenciada em determinados conceitos de três filósofos que apesar de estarem inseridos em matrizes de pensamentos distintos, contribuem para o melhor entendimento sobre a construção histórica e política da idéia de indivíduo, categoria central em torno da qual emerge a idéia de privacidade. O primeiro deles é J. S. Mill, em sua teoria liberal; em Michel Foucault analisa-se sua proposta de individualização do Corpo Social; e em Hanna Arendt trabalha-se o conceito de ‘massa’. A terceira abordagem é jurídico-legal, procurando extrair daí o panorama da atual situação do arcabouço jurídico e institucional expressos no Brasil e em quatro países (Canadá, Inglaterra, Holanda e Austrália), selecionados pelo destaque conferido ao “Consentimento Esclarecido”, como mecanismo de cumprimento aos referidos princípios na prática da gestão de bases de dados individualizados em saúde.

Este trabalho teve seu início em 2008, tendo como preocupação refletir sobre as implicações éticas da adoção do padrão TISS, quanto aos princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo, pois o mesmo definia a obrigatoriedade do preenchimento campo Código Internacional de Doenças (CID) das guias do TISS pela rede de assistência suplementar, infringindo as normas regidas pelos “Códigos de Ética” profissionais quanto aos princípios referidos. Assim, tais informações revelavam e identificavam dados e informações pessoais de saúde dos beneficiários conveniados aos planos de saúde, sem o seu livre e expresso consentimento. Em 2010, em vias de terminar este trabalho, constata-se a suspensão da exigência da aplicação do Código internacional de Doenças (CID-10) nas guias de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), em decorrência de decisão judicial, por ganho de causa à ação impetrada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

(CREMER)), contra a agência reguladora legalmente responsável. A partir de então a Agência, em 27 de abril de 2010, altera a Instrução Normativa – IN nº 22 de 16 de novembro de 2006 visando a suspensão do preenchimento do campo CID-10.

Diante de tal constatação, as idéias desenvolvidas tornaram-se ainda mais relevantes, os interesses conflitantes apresentados entre os direitos individuais dos beneficiários e a conduta dos profissionais de saúde regidos pelos respectivos Códigos de Ética versus a exigência do preenchimento obrigatório das guias do TISS, o que assistimos é apenas a transferência de um posicionamento, da Agência, para outro, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que em nada contempla os interesses envolvidos entre a tríade Agência Reguladora-Operadoras de Planos Privados de Saúde-Beneficiários. Assim, a participação dos beneficiários como cidadãos livres de opiniões não encontrou um consenso de fato. Ambos os lados não foram contemplados, um que visa a promoção da saúde coletiva e a outra a manutenção dos direitos individuais dos beneficiários de planos de saúde privada, ou seja, a assistência à saúde do beneficiário encontra-se no embate de poderes dissociados do seu sentido mais amplo, o bem estar do indivíduo.

Uma das propostas deste trabalho é dar visibilidade à possibilidade da utilização dos princípios da Bioética, na intermediação desses conflitos, sendo o “Consentimento Esclarecido” o instrumento compatível com tais embates e que ainda inclui o beneficiário nas tomadas de decisões sobre o uso das informações individualizadas de saúde.

Justificativa:

A Agência responsável em 2003 iniciou o trabalho de pesquisa e elaboração do TISS, com o objetivo de propor um modelo unificado de troca de informações em saúde suplementar.

Em 2005, no decorrer da implantação da Troca de Informações em saúde Suplementar (TISS), houve uma grande polêmica envolvendo classes profissionais, operadoras de planos privados de saúde e prestadores de serviço devido à obrigatoriedade no preenchimento do item Código Internacional de Doenças (CID-10) das guias padronizadas. A principal justificativa utilizada pelos seus opositores é que tal exigência configurava-se como quebra de privacidade e sigilo das informações individualizadas dos pacientes.

A partir de então, uma indagação se apresentou: de que modo é assegurado aos beneficiários de planos privados de saúde, os direitos individuais dos princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo das informações individualizadas informatizadas contidas no TISS?

A justificativa para a investigação e análise deste estudo, encontra-se na constatação de que os campos de preenchimento das guias do TISS identificam o beneficiário e respectivamente seu estado de saúde. Com a identificação pessoal, diagnósticos e procedimentos médicos traça-se um perfil da história da doença do beneficiário, comprometendo a relação pré-estabelecida tanto simbolicamente quanto regulamentada pelos códigos de ética profissionais, da relação profissional de saúde ser de total confiança e sigilo no ato terapêutico.

Material e Método:

As implicações do uso de informações individualizadas informatizadas em saúde, no contexto das ações da saúde suplementar no Brasil constituem o ‘objeto’ de estudo deste trabalho. Com o advento da informática e em especial com as transações eletrônicas, via internet, as questões de segurança de dados individualizados de informação tornaram-se relevantes. A reflexão em foco traz à baila tema complexo que passa pelo estudo de aspectos éticos e legais na troca de informações eletrônicas, envolvendo sistemas de ‘informações em saúde’ e ainda princípios e circunstâncias que justificariam a revelação não autorizada de informações individualizadas e confidências de dados em saúde em prol de interesses coletivos e sociais.

Adotada esta perspectiva, o contexto a ser analisado é a Saúde Suplementar. Assim, dado seu recorte, o objetivo geral deste trabalho é – analisar implicações éticas do uso de informações individualizadas em saúde no contexto das ações suplementar no Brasil. Como objetivos específicos este estudo pretende:

1. analisar os princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo de informações individualizadas de saúde e informação em saúde suplementar à luz da bioética;
2. discutir sobre os princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo dos sistemas de informações em saúde suplementar, referidos ao uso de dados e informações individualizadas dos beneficiários de planos privados de assistência saúde;
3. verificar legislação brasileira referente aos princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo quanto ao uso de dados e informações individualizadas em saúde e seus possíveis problemas éticos relacionados;
4. verificar tendências da legislação internacional referente aos princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo quanto ao uso de dados e informações individualizadas em saúde.

No tocante à metodologia, a proposta é uma revisão bibliográfica e relacioná-la ao TISS, tendo como marco referencial a Declaração universal sobre Bioética e Direitos Humanos e os princípios bioéticos; J. S. Mill, por sua concepção para o Princípio da Utilidade; Michel Foucault por sua compreensão do Estado no exercício de um biopoder e Hanna Arendt por sua concepção do público/privado e do conceito de ‘massa’. Igualmente buscou-se analisar o aspecto jurídico-legal brasileiro sobre os direitos individuais/coletivos de confidencialidade, privacidade e sigilo, e as tendências legislativas internacionais de outros países como Canadá (Canadá Health Inforway – NHI), Inglaterra (National Health System – NHS), Holanda (National Healthcare Information Hub – LSP) e Austrália (National Healthcare Information Hub – NHHC).

Como fontes de pesquisa foram consultadas as bases de dados Lilacs, Bireme e CAPES, revistas e a internet que permitiu o acesso a websites que tratam da questão dos dados individuais de confidencialidade, privacidade e sigilo, no uso de dados identificáveis informatizados em saúde.

Resultados:

1. Abordagem bioética: pode-se considerar que a posição da representante legal da saúde suplementar no Brasil, na implantação do TISS, não pode ser considerada como pautada pelos princípios éticos que preservam dentre outros os princípios bioéticos da autonomia, consentimento e confidencialidade. Em consequência, o uso desautorizado de informações individualizadas em saúde suplementar favorece a alienação do sujeito do processo saúde/doença, impedindo-o de visualizar seus interesses, suas habilidades e seu poder firmados e expressados, comprometendo sua autonomia e aumentando sua vulnerabilidade. Abordagem filosófica: O TISS enquanto instrumento revelador de dados e informações individualizadas de saúde dos beneficiários de planos de saúde privados sem a ciência dos mesmos viola os preceitos de Mill de liberdade e justiça no momento em que não consideram a individualidade como instrumento de bem-estar, condição primordial que embasa o Princípio da Utilidade; o uso das informações individualizadas de saúde sem o consentimento expresso, no caso dos beneficiários de planos de saúde privada, é uma forma de imprimir uma leitura de um corpo social, como somatório das individualidades somáticas discutidas por Foucault. Além de ser o TISS um dispositivo de vigilância, portanto de controle, que atua a nível capilar, ao ameaçar princípios éticos na relação profissional de saúde e beneficiário. Em seu conceito de ‘massa’ por Arendt, podemos de forma análoga, considerar a revelação da nítida alienação do beneficiário em relação ao uso das informações pessoais, que dizem respeito a si próprios é tratada como se pertencesse a uma classe desprovida de opinião e de liberdade. Poderíamos dizer que ‘a classe de massa’ constituída por beneficiários de planos de saúde é tratada pelo Estado como uma classe uniformizada e padronizada pelo padrão TISS.
2. Abordagem jurídico-legal: podemos constatar que na legislação brasileira inexistem normas constitucionais específicas sobre o assunto. No Brasil, a legislação sobre confidencialidade, privacidade e sigilo de dados e informações em saúde está dispersa em diversas resoluções, leis, decretos, códigos, constituição etc. Quanto à legislação internacional sobre os princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo das informações informatizadas de saúde podemos considerar que o TISS está em fase embrionária, pois na legislação referida o beneficiário tem total participação e controle dos seus dados de saúde e utiliza o ‘Consentimento Esclarecido’ como instrumento que possibilita a sua inserção como cidadão em um processo democrático.

Conclusão:

Podemos constatar um número de questões que envolvem as implicações éticas das informações individualizadas informatizadas em Saúde Suplementar. De acordo com o ângulo eleito, nos deparamos com uma gama possível de interpretações que atenderão a esse ou aquele interesse. No caso em estudo, os princípios bioéticos da autonomia/consentimento e confidencialidade/privacidade são considerados possíveis de alcançar o consenso entre a tríade Agência-Operadoras-beneficiários. Levando em conta que o grupo dos beneficiários é considerado um 'grupo em situação de vulnerabilidade'. Essa relação triangular se caracteriza por interesses diversos e antagonísticos e é visível a exclusão dos beneficiários dos processos decisórios quanto aos dados de saúde.

Diante deste cenário dinâmico e complexo de embates e conflitos de opiniões, regido por leis e regulamentações de interesses individuais e coletivos, ambos legítimos, podemos constatar que o beneficiário em nenhum momento entra em cena como ator, nem como coadjuvante.

O 'Consentimento Esclarecido' de informações de individualizadas em saúde pode ser o instrumento relevante na preservação de direitos, da autonomia, posicionando o beneficiário enquanto agente participativo no uso das informações individualizadas de saúde por instituições e profissionais de saúde no contexto da saúde suplementar.

QUALIDADE E SEGURANÇA

P_11_2011 - "Triando e Acolhendo" no Pronto Atendimento Municipal de Ibiraju

Fabiolla Calenzani Alpoin

Resumo: O estudo apresenta uma experiência de inversão do modelo tecno-assistencial, no Pronto Atendimento Municipal de Ibiraju, tendo como base a diretriz operacional do acolhimento. O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado, de forma usuário-centrada, partindo dos princípios de acessibilidade universal; reorganização dos processos de trabalho, focando na equipe multiprofissional - equipe de acolhimento; e promover um atendimento humanitário, de solidariedade e cidadania. Por meio da investigação realizada, foi possível observar um atendimento mais priorizado às consultas de urgência e emergência, acolhendo de forma humana todos os usuários que procuravam o Pronto Atendimento Municipal de Ibiraju.

Palavras-chave: Acolhimento, Humanização, Usuário, Pronto Atendimento.

"Ninguém é igual a ninguém. Todo o ser humano é um estranho ímpar." Carlos Drumond de Andrade

INTRODUÇÃO

Em todo lugar em que ocorre um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário, operam-se processos humanos e tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos. O acolhimento é um processo intercessor e é considerado como atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, desde que seja feito com humanização.

No entanto, o tema do acolhimento apresenta-se uma outra possibilidade: a de arguir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações receptoras dos usuários de um serviço de saúde.

Como etapa do conjunto do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário, o acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos, nas suas relações com o que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde, para si.

Segundo MERHY (2008), o acolhimento é o elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos. Isso difere da organização atual dos serviços de saúde, centrada nas tecnologias duras, intrinsecamente dependentes de equipamentos e nas leve-duras, caracterizadas pelo domínio de um núcleo específico de conhecimentos, como a consulta médica ou de enfermagem. Ao acolhimento devem se seguir a responsabilização, a resolução e autonomização do usuário.

TEIXEIRA (2003) também considerou a recepção como o cerne do que chamou "acolhimento-diálogo", ampliando o conceito para entendê-lo a partir de uma rede de conversações no serviço de saúde, ao longo da qual são definidas as trajetórias que cada usuário necessita na busca de satisfação para suas demandas.

1. PROBLEMA DE PESQUISA

Como diminuir o número elevado de consultas de caráter ambulatorial atendidas no Pronto Atendimento Municipal de Ibiraju – PAMI, em detrimento dos atendimentos de urgência e emergência.

2. JUSTIFICATIVA

Devido ao elevado número de consultas ambulatoriais e da procura pelos usuários por orientações específicas no Pronto Atendimento Municipal de Ibiraju-ES, observa-se uma grande sobrecarga tanto para o médico plantonista quanto para todos os funcionários (repcionista, motorista, equipe de enfermagem, auxiliar de higienização,...) do PAMI de consultas consideradas simples, não priorizando, por isso, em muitas vezes o atendimento adequado às urgências e emergências.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar a implementação do Projeto "Triando e Acolhendo" realizado no PAMI.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Otimizar o fluxo de atendimento dos serviços, melhorando a qualidade da assistência.
- Oferecer um atendimento humanizado e acolhedor através da implantação do Projeto Piloto "Triando e Acolhendo", desafogando o PAMI, priorizando por isso, o atendimento de qualidade às urgências e emergências.
- Melhorar a satisfação dos profissionais e usuários com melhoria das relações interpessoais e padronização de rotinas e fluxogramas para toda equipe de saúde;
- Conscientizar, a longo prazo, os usuários quanto à prioridade de atendimento no PAMI.
- Adequar a priorização do atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada – além do Acolhimento, deve-se implantar também a Classificação de Risco.

4. MATERIAS E MÉTODOS DE INTERVENÇÃO

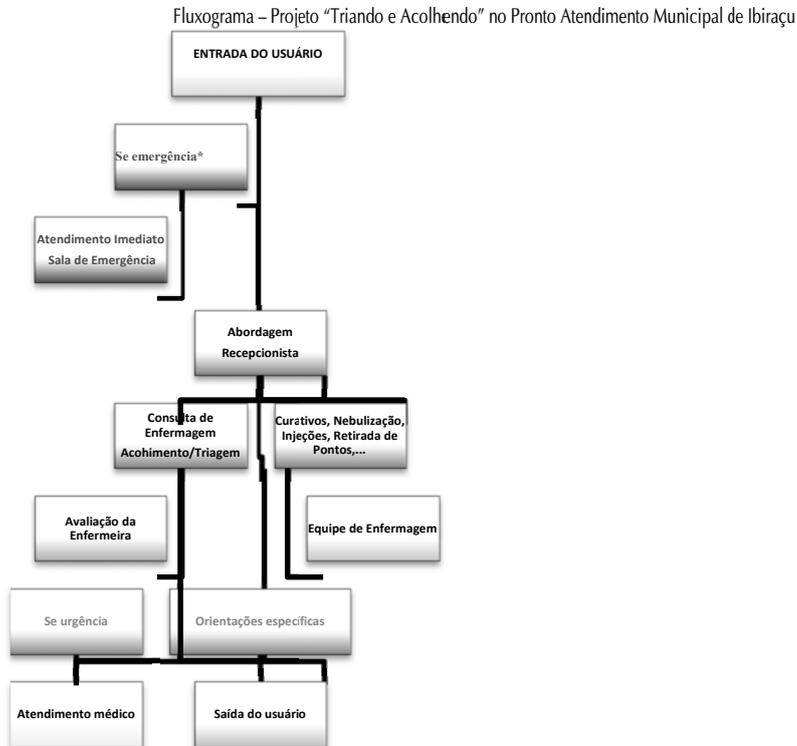
Implantação do Projeto "Triando e Acolhendo" no PAMI

O Projeto foi implantado no mês de janeiro de 2010 no PAMI. A Enfermeira acolhedora permanece em uma mesa com 02 cadeiras, junto à recepção. Logo na chegada, o usuário é abordado pela recepcionista sobre sua(s) queixa(s). Após a recepcionista preencher o Boletim de Atendimento de Urgência (BAU), o usuário é encaminhado para a enfermeira que faz uma consulta de avaliação do paciente.

No BAU são coletados dados quanto à situação/queixa, breve história, observação objetiva, dados vitais, prioridade de atendimento, uso de medicações, medidas iniciais adotadas no caso, avaliação, nome da Enfermeira, assinatura. Após a consulta, a enfermeira faz a avaliação do usuário, obedecendo ao Fluxograma de Atendimento do Pronto Atendimento Municipal de Ibirajuru.

5. RESULTADOS ALCANÇADOS

O estudo comparativo teve como parâmetro dados dos meses de janeiro, fevereiro e março dos anos de 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010. Com a implantação do Projeto "Triando e Acolhendo", nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2010, observou-se uma grande queda do número de consultas simples/dia, priorizando assim um atendimento mais específico para as urgências e emergências.



* Nas situações de emergência, o paciente dá entrada diretamente na Sala de Emergência, não passando pela Recepção.

MÉDIA DE CONSULTAS/DIA

De acordo com o gráfico 1, nota-se que o número de consultas/dia, incluindo as de urgência e emergência apresentou uma acentuada queda em 2010, com cerca de 48,33 consultas/dia. Esse dado reflete os resultados da implantação do Projeto "Triando e Acolhendo" no PAMI.



O gráfico 2 mostra um aumento do número de consultas de urgência/dia, tendo em vista que nos anos anteriores, a prioridade dava-se às consultas simples.



O gráfico 3 mostra uma queda do número de consultas simples no ano de 2010. Com a implantação do Projeto, e com as orientações específicas, muitas vezes o paciente é orientado pela enfermeira, por exemplo, ao serviço social, ou troca de requisição de exames ou de receitas, evitando aumento da demanda no PAMI devido a consultas simples, resolvendo sua situação/queixa, sem precisar ser consultado pelo médico plantonista.



O gráfico 4 mostra um comparativo entre as consultas simples e de urgência, sendo que, em 2010 a quantidade de consultas de urgência foi maior comparando com a quantidade de consultas simples, fato que não ocorrera nos anos anteriores.



7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Acolhimento é de suma importância para a organização dos serviços de saúde. No primeiro trimestre do ano de 2010 foi mostrado, comparando com os anos de 2006, 2007, 2008 e 2009 que o atendimento às consultas de urgência e emergência foi efetivamente priorizado, obedecendo a um fluxograma bem delineado dentro do Pronto Atendimento Municipal de Ibirapu (PAMI). Porém, a necessidade de mais profissionais (enfermeiro – ou médico) na triagem é imprescindível, visto que o acolhimento e a classificação de risco foram realizados apenas durante o período em que a enfermeira-diarista encontrava-se no PAMI. Isso acarretou sobrecarga de trabalho, devem-se, por isso, ter um profissional exclusivo para essa atividade. Em outros períodos, somente era realizado um acolhimento, porém de forma superficial pela recepcionista e pelos técnicos de enfermagem, não cabendo a eles, portanto a classificação de risco. Também, a enfermeira responsável pelo acolhimento e classificação de risco não possuía capacitação (como determina a Secretaria de Estado da Saúde do ES), porém, a mesma, por meio de e-mails e reuniões sobre o assunto sempre levantava essa questão com a SESA, que iniciará as capacitações para enfermeiros e médicos lotados em serviços de saúde dos municípios do interior do ES após complementar a capacitação da região centro – Grande Vitória. Ainda, há necessidade de um local adequado para a Triagem no PAMI para uma avaliação física mais completa, com sala climatizada e som ambiente, proporcionando bem-estar e também preservando o usuário, já que a recepcionista está o tempo todo junto à escuta durante a consulta.

Espera-se, portanto, a implantação formal do Acolhimento com Classificação de Risco no PAMI, que é uma necessidade levantada a partir do presente estudo, para uma efetiva melhora do atendimento na porta de entrada do serviço de urgência e emergência.

Indicadores Assistenciais

P_12_2011 - Experiência do Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP) com a Retinopatia da Prematuridade (ROP) no Município de São Paulo

Fernando de Freitas Ayres, Celso de Moraes Terra, Bertille Ferreira da Silva, Paulo Roberto Stocco Romanelli, Esmerinda Maria Cavaltante

Resumo: Os autores descrevem a experiência que o Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (SMS) obteve nesses 30 meses após a implantação de serviço de oftalmologia especializado para avaliação, diagnóstico e tratamento da retinopatia da prematuridade (ROP). Participaram as Unidades Neonatais das maternidades municipais da administração direta, das Organizações Sociais de Saúde (OSS) Municipais e das conveniadas ao município através da SMS. Apresentam os resultados obtidos nesse período e mostram a importância deste modelo de gestão para o atendimento desta doença específica e cujo atendimento envolve grande capacitação médica para o atendimento de recém-nascidos prematuros (RNPT) de muito baixo peso (MBP) e que pode levar à cegueira.

Palavras-chave: retinopatia da prematuridade, prematuros de muito baixo peso, unidade neonatal, maternidade, cegueira.

INTRODUÇÃO: A ROP é uma afecção ocular do desenvolvimento da retina que acomete principalmente os prematuros nascidos com menos de 32 semanas de gestação e pesando ao nascimento menos de 1.500g. É causa importante de diminuição da acuidade visual e cegueira quando não diagnosticada e tratada precocemente. Embora com etiopatogenia não totalmente esclarecida, sabe-se que além da prematuridade e do baixo peso ao nascer outros fatores podem desencadear a ROP, tais como oxigenioterapia e transfusões sanguíneas, que apesar de colaborarem para que o prematuro sobreviva, aumentam a incidência desta enfermidade. Apesar de existirem rotinas para se evitar a alta incidência de ROP em prematuros, esta entidade constitui-se em importante causa de seqüela visual. Exames periódicos de mapeamento de retina realizados por oftalmologista experiente na unidade neonatal diagnosticam e estadiam a doença, no sentido de avaliar a necessidade ou não de se instituir o tratamento cirúrgico com laser. Os melhores resultados são obtidos com a instituição do tratamento nas fases precoces. Em alguns casos graves ou quando o prematuro não é devidamente acompanhado pelo oftalmologista, pode ocorrer descolamento da retina sendo necessária uma cirurgia complexa, que pode levar a uma visão limitada. Outras complicações da ROP são o glaucoma, estrabismo e a catarata. Por estes motivos, esses pacientes devem manter acompanhamento oftalmológico em serviço de referência após a alta da maternidade.

O Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP) em conjunto com a Área Técnica de Saúde Ocular (ATSOc.) da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo (SMS) e em parceria com empresa de médicos oftalmologistas especializados na avaliação de retina de recém-nascidos (RN), feita através de Edital público por SMS, avaliam os recém-nascidos prematuros (RNPT) de muito baixo peso (MBP) com a finalidade de diagnosticar, estadiar e se necessário tratar a ROP, através de exame oftalmológico da retina destes recém-nascidos. Esta avaliação é feita em 18 maternidades municipais e conveniadas com o Município de São Paulo, além do Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, que possui uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, que recebe RNPT de MBP. O diagnóstico e o tratamento especializado nos casos indicados realizados na própria maternidade, sem a necessidade de transferência dos recém-nascidos para outros serviços de maior complexidade, constituem-se em eixo central na melhora do atendimento neonatal a estes prematuros extremos.

JUSTIFICATIVA: A Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP) é um programa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura de São Paulo que tem como objetivo qualificar a assistência materno-infantil desde o pré-natal até o primeiro ano de vida da criança. Em 2007, pelo fato de o município de São Paulo apresentar um grande número de nascidos-vivos e conseqüentemente de prematuros com risco de desenvolverem a ROP, identificou-se a necessidade da avaliação destes recém-nascidos (RN) objetivando se fazer o diagnóstico, estadiamento e tratamento precoce. Pela necessidade de equipamento tecnológico avançado, como o aparelho de Laser portátil, além de profissionais oftalmologistas com reconhecida experiência na área para este tipo de avaliação, associado à carência de profissionais com este perfil na rede municipal de saúde, optou-se por contratar empresa para prestação destes através de Edital público específico. A partir de maio de 2008 foi iniciado atendimento oftalmológico especializado nessas maternidades municipais e conveniadas ao município e no Hospital Municipal Infantil Menino Jesus. Este trabalho propõe analisar a prevalência da ROP nos recém-nascidos avaliados e avaliar o custo/benefício deste atendimento para a SMS.

METODOLOGIA: As Unidades Neonatais destes hospitais desde maio de 2008 são visitadas semanalmente por equipe médica oftalmológica qualificada na avaliação da retina de recém-nascidos onde são avaliados os RNPT com peso de nascimento inferior a 1.500g e/ou com idade gestacional menor ou igual a 32 semanas de gestação. Outros casos podem ser avaliados quando solicitado pelos médicos neonatologistas ou médicos intensivistas destas Unidades como catarata congênita, avaliação de alterações oftalmológicas de doenças congênitas e reavaliação de reflexo vermelho duvidoso. Os recém-nascidos diagnosticados com retinopatia da prematuridade (ROP) são acompanhados até a remissão da doença mesmo após a alta da maternidade e, se necessário, são tratados cirurgicamente na própria Unidade Neonatal ou no Centro Cirúrgico do referido hospital. Planilhas de relatório destas avaliações são enviadas tanto à ATSOc., quanto à RPMP onde são compiladas e analisadas.

Número de RN acompanhados, diagnosticados com Retinopatia da Prematuridade (ROP) e tratados nas maternidades municipais e conveniadas de maio 2008 a novembro de 2010.

HOSPITAL	RN Acompanhados	RN com ROP	% de casos*	RN tratados	% de tratados**	Retratamento
HM DR. MARIO DEGNI - JD. SARAH	267	20	7,5%	3	15,0%	0
H. SOROCABANA	44	0	0%	0	0%	0
H. BENEFICÊNCIAPORTUGUESA	87	32	36,8%	11	34,4%	0
H. INFANTIL MENINO JESUS	78	2	2,6%	0	0%	0
HSPM	56	14	25,0%	0	0%	0
HM ALÍPIO C. NETTO - ERM. MATARAZZO	119	21	17,6%	8	38,1%	0
HM TIDE SETUBAL	306	7	2,3%	2	28,6%	0
HM WALDOMIRO DE PAULA – PLANALTO	166	9	5,4%	2	22,2%	0
HM CIDADE TIRADENTES	209	14	6,7%	5	35,7%	0
HM VN CACHOEIRINHA	497	77	15,5%	22	28,6%	2
HM JOSÉ STORÓPOLLI - VILA MARIA	232	15	6,5%	4	26,7%	0
HM PIRITUBA - JOSÉ S. HUNGRIA	115	2	1,7%	1	50,0%	0
HM FERNANDO M. P. ROCHA - CAMPO LIMPO	448	42	9,4%	5	11,9%	0
SANTA CASA DE SANTO AMARO	137	8	5,8%	1	12,5%	0
HM M'BOI MIRIM - MOISÉS DEUTSCH	432	18	4,2%	3	16,7%	0
HM ARTHUR R. SABOYA – JABAQUARA	77	29	37,7%	7	24,1%	1
HM IGNACIO P. GOUVEIA - JOÃO XXIII	173	6	3,5%	0	0%	0
HM CARMINO CARICCHIO – TATUAPE	44	6	13,6%	1	16,7%	0
AMPARO MATERNAL	226	10	4,4%	0	0%	0
TOTAL	3.713	332	8,9%	75	22,6%	3
Fonte: Planilhas da Oftalmologia - ROP.						
* % em relação aos casos acompanhados.						
** % em relação aos casos com ROP.						

RESULTADOS: As Maternidades vinculadas ao Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana são responsáveis por 99% dos nascimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo e desde maio de 2008 até outubro de 2010 houve 475.969 nascidos vivos em São Paulo, sendo 267.028 nascidos pelo SUS e destes 264.542 (99,1%) ocorreram nas maternidades da RPMP. Nas 18 maternidades nas quais há atendimento à ROP nasceram nesse período 119.698 recém-nascidos. Nestes 30 meses de acompanhamento (dois anos e meio) foram avaliados, até novembro de 2010, 3.713 RN sendo diagnosticados 332 casos de ROP, isto reflete 8,9% do total dos RN avaliados e 28% dos casos triados e com risco para desenvolver a ROP, ou seja, nascidos com peso de nascimento menor que 1.500g ou duração da gestação

menor que 32 semanas gestacionais, que coincide com a prevalência referida na literatura (20 a 30%) . Destes foram tratados cirurgicamente 75 RN (2,02% entre os RN avaliados e 22,6% entre os diagnosticados com ROP) tendo havido 03 retratamentos de pacientes que apresentaram sequelas na evolução pós-cirúrgica. Os casos tratados são encaminhados após a alta oftalmológica para acompanhamento em unidades de referência. Os gastos até novembro de 2010 foram de R\$ 599.250,00 (em torno de R\$ 160,00 por RN avaliado). Desde o início do programa em 2.006, nasceram 500.081 na Rede de Proteção à Mãe Paulistana, sendo distribuídos 453.735 enxovais e 482.231 cartões da SPTans, que garantem o transporte gratuito da gestante e do recém-nascido até um ano de vida, na ocasião dos atendimentos relacionados à saúde.

CONCLUSÕES: Os autores mostram a experiência da implantação e os resultados obtidos em dois anos e meio de um serviço oftalmológico de alta complexidade para diagnóstico e tratamento dos casos de ROP no Município de São Paulo. Consideramos uma experiência de grande impacto na Saúde Pública do Município de São Paulo pelo baixo custo e o grande benefício alcançado. O fato de 75 crianças que tinham risco potencialmente alto para desenvolver déficit ocular grave terem sido tratadas cirurgicamente e permanecerem em acompanhamento em unidade de referência, já reflete este quadro, auxiliando na diminuição da incidência da cegueira nesse grupo de risco. Além de outras 257 crianças terem sido acompanhadas até a remissão total do quadro. A prevalência da ROP nos RNPT de MBP com risco de desenvolverem esta enfermidade foi semelhante àquela descrita na literatura, havendo a possibilidade de ser usada como mais um importante indicador comparativo na avaliação da qualidade do atendimento ao binômio mãe filho nas maternidades de baixo e alto risco. Consideramos também ser de extrema importância para o Município de São Paulo ter um serviço de oftalmologia que possa diagnosticar, acompanhar e tratar os RN com risco para ROP pelo fato de se ter um grande volume de nascidos vivos e, conseqüentemente, um grande número de RN com risco de desenvolver esta enfermidade. Apresentamos um modelo que vem mostrando ser eficaz na identificação, diagnóstico precoce e tratamento da ROP, contribuindo para melhorar a qualidade da atenção à assistência neonatal. O diagnóstico precoce e o tratamento da ROP quando indicado, impactam positivamente no prognóstico ocular destes recém-nascidos. Este modelo de gestão de serviços de alta complexidade pode e deve ser reproduzido para outras doenças, por ter boa relação custo-benefício e aperfeiçoar o cuidado em uma rede de atendimento com grande número de partos e serviços de complexidades diferentes.

Avaliação de Tecnologia

P_18_2011 - Implantação do Sistema Integrado de Gestão em Fundação de Assistência Hospitalar: Uma Avaliação à Luz da técnica *Focus Group*.

Vidigal Fernandes Martins

Resumo: Este artigo procurou compreender e contribuir de maneira incremental, com as pesquisas sobre o comprometimento e envolvimento dos funcionários em relação à implantação de um Sistema Integrado de Gestão. Por meio da técnica *focus group*, foram realizadas sessões de entrevistas coletivas com diretores, alta gerência, funcionários administrativos, apoio e analistas de sistemas da Fundação que administra os recursos de um hospital Universitário Mineiro [MG]. Os resultados desta investigação revelaram quais fatores-chave são essenciais para melhoria na integração da equipe de TI e do alinhamento organizacional.

Palavras-chave: Comprometimento. Tecnologia. *Focus group*. Hospital Universitário. Alinhamento Organizacional.

1. INTRODUÇÃO

A literatura tem apresentado sugestões de pesquisas referentes ao *Enterprise Resource Planning (ERP)* direciona o olhar para a seleção e adoção dos sistemas, mas não avalia o comprometimento dos funcionários e nem os reflexos após a concepção desta tecnologia. Seleção e adoção são áreas críticas e muitos *insights* têm aparecido. Além de influenciarem o sucesso da adoção destas tecnologias, tais fatores influenciam os resultados futuros (GARTTIKER 2005).

Leavitt, (1964), apresentou um modelo para demonstrar os reflexos da tecnologia na empresa em forma de diamante e cada fator de reflexo pode ser observado na extremidade.

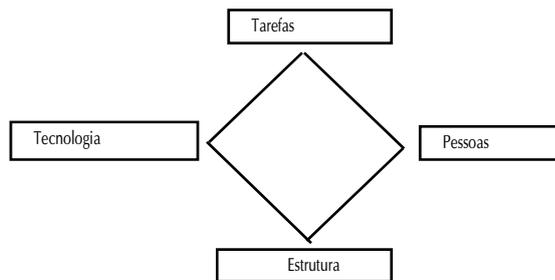


Figura 1 - O reflexo da Tecnologia da Informação na empresa

De acordo com este modelo, a adoção de uma nova tecnologia na organização deve levar em conta o tipo de estrutura, os sentimentos e atitudes das pessoas que irão operar o sistema, os tipos de tarefas e decisões que o sistema é programado e a história da organização. É de grande importância também observar qual o valor investido em períodos anteriores em tecnologia da informação, o pessoal envolvido, os relatos de sucesso e fracasso na adoção dos sistemas e o ambiente no qual a organização deve ou deva operar. Por este olhar é possível verificar a importância dada ao modelo uma vez que os recursos são raros, portanto devem ser avaliados para que a implantação do sistema gere uma vantagem competitiva.

O modelo de transações baseado em recursos, Barney (2008) infere que a competitividade estratégica superior de um negócio é resultante da aplicação conjunta dos recursos raros e diferenciados, difíceis de imitar que uma empresa possui em relação aos concorrentes. Esses recursos, geridos com competência, podem se transformar em vantagens competitivas para a organização. Dentre esses recursos, estão às pessoas com suas habilidades e competências distintas que, colocadas a serviço da organização, podem resultar em benefícios sob a forma de geração de valor. Pessoas são contratadas pelas organizações e recebem incumbências para desempenhar atividades dentro de estruturas funcionais adequadamente projetadas pelos gestores. É de se esperar que essas pessoas produzam vantagens diferenciadas e desse modo possam influenciar positivamente no desempenho das organizações. Esse desempenho é resultado das conseqüências de como as pessoas se comportam, agem e interagem dentro dos negócios.

O ato de agir e de interagir se manifesta por meio das atitudes das pessoas. As pessoas são o recurso mais valioso de uma organização na geração de valor, porém as pessoas diferem entre si nas formas de pensar, de agir e de refletir. Isso precisa ser mais bem compreendido, pois quando atuam em conjunto nas organizações nem sempre há convergências nas ações individuais, o que pode gerar conflitos e alterações no comportamento dos funcionários, podendo afetar assim o desempenho da empresa.

Daft (2010) aponta o comportamento organizacional como área interdisciplinar que estuda a maneira de agir do indivíduo e do grupo nas organizações, bem como as conseqüências das ações de liderança sobre eles. Nesse sentido, a manutenção ou a melhoria contínua do desempenho da empresa parece mostrar-se sensível e fortemente dependente das habilidades, das competências e das atitudes que as pessoas tomam no ambiente organizacional.

No presente estudo, a ênfase recai sobre o comprometimento no trabalho de colaboradores na organização em relação à adoção de um novo sistema de gestão. No entendimento de Siqueira (2008), estudos sobre o comprometimento no trabalho têm enfatizado os fatores determinantes do nível de comprometimento utilizando-se de diferentes escalas nacionais e internacionais, já validadas, predominantemente de natureza quantitativa. Para ele, estes estudos têm se mostrados inconclusos até o momento.

Na presente pesquisa, não foi encontrado trabalhos de natureza qualitativa sobre o tema, que tenham usado a técnica de entrevistas com trabalhadores por meio de grupos de discussão. A fim de contribuir com a ampliação da produção teórica sobre o assunto em movimento, esta pesquisa buscou levantar e compreender os aspectos comportamentais dos funcionários a partir da seguinte questão norteadora de pesquisa: **De que forma o comprometimento e o comportamento dos funcionários ativos são importantes para o processo da implantação de novas tecnologias?** Especificamente avaliar o comportamento e comprometimento dos funcionários quanto ao processo de implantação de uma nova tecnologia ERP na Fundação de Assistência Ensino e Pesquisa de Uberlândia. Outra questão a ser respondida será: **Quais questões ou fatores gerenciais são críticos para a transição de um modelo de ERP em uma fundação de Assistência Ensino e Pesquisa?** Para isso, procurou identificar as categorias conceituais e os fenômenos mais relevantes que emergissem da análise de dados. Acredita-se que as contribuições teóricas derivadas desse estudo possam ser úteis também aos gestores profissionais e líderes de negócios na implantação de novas tecnologias e softwares nas organizações.

2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE REFERÊNCIA.

2.1 Fundações

Guimarães (2003) conceitua que “Fundações são pessoas jurídicas que se constituem a partir de um patrimônio destinado a um determinado fim”. A autora revela que a Fundação na perspectiva das pessoas jurídicas, representa uma evolução histórica e social humana que caminhou de uma lente individual de identidade jurídica para uma lente abstrata e coletiva, a partir de uma entidade individual que a constitui, com existência concreta e jurídica possuindo suas próprias características. Conforme a Lei no 8.958/94, as Fundações de Apoio caracterizam como “instituições criadas com a finalidade de dar apoio a projetos de pesquisa, ensino e extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico de interesse das instituições federais contratantes”. No artigo 2o, estabelece que as fundações estejam sujeitas:

- a) a fiscalização pelo Ministério Público, nos termos do Código Civil;
- b) à legislação trabalhista;
- c) ao prévio registro e credenciamento no Ministério da Educação e do Desporto e no Ministério da Ciência e Tecnologia, renovável bianualmente. Considerando o nível de exigências que estas fundações estão sujeitas, torna-se imprescindível manter um controle rígido, para prestar contas aos grupos de indivíduos que estão ligadas. Neste sentido manter um sistema de informação eficiente e eficaz é fundamental.

2.2 Evolução Dos Sistemas De Informação.

A necessidade de melhorar os sistemas de informação, e a busca da eficiência nos processos de integração entre as áreas organizacionais, surge na década de 90, o sistema ERP como forma de interagir um grande volume de transações no ambiente interno das organizações (NORRIS *et al.*, 2001). Gattiker e Goodhue (2005, p.560) os “Sistemas *Enterprise Resource Planning* (ERP) são *softwares* comerciais que automatizam e integram alguns ou muitos processos das empresas”. Eles prometem integração de processos e acesso a dados integrados da empresa como um todo. Companhias que adotaram tais sistemas tem a oportunidade de redesenhar suas práticas de negócios usando modelos já incorporados pelo *software*. Turban (2005) corrobora que o sistema ERP surge como um instrumento que permite o sucesso do gerenciamento das cadeias internas de fornecimento. Albertin e Prospero Sanches (2008, p.136) citando Foldoc (2006) inferem que o ERP “como um conjunto abrangente de atividades sustentada por vários módulos de aplicação de software [SI] que auxiliam (...) gerentes a gerenciar partes importantes do seu negócio”. Os autores comentam que este sistema é composto de vários módulos como “Gestão do Relacionamento com o cliente (CRM) Gestão dos Ativos da Empresa (EAM), Gestão do ciclo de vida dos produtos (PLM), Gestão da Cadeia de Suprimento (SCM) e Gestão do Relacionamento com o fornecedor (SCM), estes estão presentes no sistema ERP e existem diversos fornecedores” (ALBERTIN E PROSPERO SANCHES 2008, p.136). Turban (2005), também complementa que os sistemas ERP na lógica de sistemas integrados de gestão apresenta um *software* que tem a finalidade de fazer a integração do planejamento, gerenciamento e uso dos recursos da organização. Este sistema permite a automatização de eventos do dia a dia, dentre estes as funções de controle de ativos e o atendimento de solicitações. Contudo, o ERP tem como característica principal proporcionar a integração das áreas departamentais ou funcionais através dos fluxos de informação funcionais de uma organização, sendo um sistema que atenda aos diversos requisitos da empresa (TURBAN, 2005). Na perspectiva de Souza e Zwicker (2000), os sistemas ERP, são apresentados como ferramentas que permitem integrar o conjunto de dados que alicerçam grande parte das operações da organização. Para Norris *et al.* (2001, p. 5) o que o ERP faz é “organizar, codificar e padronizar os processos e dados de negócio de um grupo empresarial”. Para estes autores o ERP ainda permite sustentar o processo de decisão do negócio. Como visto por Albertin e Próspero (2008), Souza e Zwicker (2000), o sistema ERP permite a integração de dados, desta forma amplia-se sua funcionalidade, citada por Turban (2005) com a característica de *softwares* de cunho apenas operacional.

Os fundamentos teóricos referente a literatura consultada demonstra que o ERP, encaixa dentro do conceito de sistema que tem a finalidade principal proporcionar a integração dos dados e informação nas diversas áreas das empresas. Esta ferramenta proporcionará uma eficiência no planejamento e gestão dos recursos colocados a disposição da organização, tanto no aspecto operacional, gerencial e estratégico. Porém a sua implantação requer que os processos estejam mapeados e definidos, Gomes e Ribeiro (2004), alerta que o processo é fator preponderante no processo de implantação, este mapeado e definido irá contribuir para o que o *softwares* ERP tenha êxito na organização. Os processos de negócios da organização devem estar compatíveis o sistema ERP, contudo, o êxito de implantação do ERP relaciona-se quanto a procedimentos de mapeamento de todos os processos organizacionais. organização apresentam-se bem definidos. No artigo As Empresas são Grandes Coleções de Processos, Gonçalves (2000) inferi que as empresas são vistas como grandes coleções de processos. O foco nos clientes é um fator primordial, uma vez que os processos de negócios iniciam e finalizam no cliente. Mendes e Escrivão Filho (2002) alertam que o objetivo primário ao adquirir o ERP, é necessário que os processos de negócios estejam bem delineados, ou seja, definidos com o suporte da tecnologia da informação, após esta etapa que o *software* deverá começar a operar. A adoção de uma nova tecnologia sugere que a organização esteja preparada, e isto sugere um processo de mudança organizacional. A organização poderá desenvolver o sistema, porém terá que fazer escolha entre o desenvolvimento interno, comprar pacotes de *softwares* que estão a disposição no mercado ou terceirizar. Albertin e Prospero Sanches (2008) apontam que terceirizar a tecnologia implica na transferência parcial dos serviços internos, desta forma verifica uma relação entre cliente e fornecedor e que estes devem ser realizados através de contrato. Estes autores citando Greaver (1999), Hirschhein e Lacity (2000) inferem que é “comum, também a transferência dos fatores de produção (pessoas, facilidades, equipamentos, tecnologia, e outros ativos) relacionados a esses serviços bem como o direito de decisão sobre esses fatores” (ALBERTIN E PROSPERO SANCHES 2008, p.135). Norris *et al.* (2001) sugere que tomar esta decisão deve-se levar a questão estratégica das atividades relevantes envolvidas, este fator é fundamental, outras questões que devem ser avaliadas é o nível de satisfação do atendimento presente e futuro dessas atividades. Rosa e Campos (2005) alertam:

Sendo assim uma empresa deve decidir se vai comprar um sistema pronto, se vai, desenvolver o seu sistema próprio ou se vai fazer um projeto misto em que algumas funções estratégicas e específicas da empresa são feitas internamente e outras mais comuns são adquiridas de empresas comerciais. Para se tomar esse tipo de decisão e

também para fazer todo o gerenciamento e acompanhamento do processo é necessário a criação de um comitê para concepção do projeto do sistema (ROSA;CAMPOS, 2005 p. 2).

Fundamentado, nesta inferência percebe-se que esta decisão no que tange ao processo de adoção e implantação do ERP, requer uma avaliação do gestor no que tange aos recursos envolvidos, investimento financeiro, recursos humanos, contratação de consultores e o tempo de implantação deste sistema. Diante as perspectivas diretas do Software ERP, o que se espera é a integração entre as áreas das organizações, e para isto é necessário o envolvimento de uma gama de recursos como pessoas, processos contudo um fluxo de informações muito intenso, portanto este processo de implantação requer muita prudência e responsabilidade, senão poderá afetar à estrutura organizacional e o quadro de pessoal da organização. Neste sentido, é imprescindível o processo de capacitação do pessoal envolvido nas operações de implantação do ERP Gomes e Ribeiro (2004). Estes autores chamam a atenção para fatores que podem não ser positivos e criar empecilhos tais como: resistência ao processo de mudanças, falha no gerenciamento da equipe do projeto. Outros fatores de grande importância e que envolvem a complexidade no processo de adoção de novas tecnologias, neste sentido Norris *et al.* (2001) apresentam um elenco de fatores:

- Resistência política: para que o projeto tenha êxito, torna-se imprescindível o comprometimento dos líderes;
- Desafios culturais: Este fator não é fácil de administrar uma vez que inicia-se uma nova maneira de trabalhar, e isto implica novos desafios na cultura das organizações. Os colaboradores começam a fazer questionamentos quanto a mudança dos procedimentos operacionais, ou seja quanto a forma que os processos funcionavam no passado. Na perspectiva de Souza e Zwicker (2000) as principais barreiras estão relacionadas à atualização dos sistemas, ou seja, adoção de novas versões após a implantação em consequência do processo de melhoria contínua do sistema, buscando a melhorar os processos organizacionais. Diante aos argumentos apresentados, o fator tempo apresenta-se com uma variável de grande importância no que tange ao aspecto de adaptação a esta nova tecnologia na organização, tal como da organização com o novo sistema. Mendes e Escrivão Filho (2002) ao inferir que a adoção de um software ERP, é um projeto que envolve a organização neste sentido requer um processo de mudança e que este projeto não é apenas um projeto de informática. O sucesso na implantação desta nova tecnologia vai depender do grau de envolvimento da organização e de seus líderes no processo de aprendizagem e envolvimento com a equipe. Implantar um sistema desta magnitude requer que as organizações estejam cientes do processo de mudanças envolvidas, caso contrário a tendência será ter um fracasso.

Nesta seção observou-se que é de suma importância considerar que os sistemas ERP, buscam a melhoria na eficiência cujo o centro esta no ambiente interno da organização. O ponto crucial se dá na forma que a empresa propicia um ambiente de bom relacionamento com os colaboradores e a maneira que estes irão utilizar esta tecnologia. No aspecto do ambiente externo pode ter ganhado na eficácia, no sentido da melhoria no relacionamento da empresa e *stakeholders*.

2.3 SISTEMAS ERP NAS ORGANIZAÇÕES: UMA AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS

A adoção de sistemas ERP se configura por uma mudança organizacional e tecnológica. Uma característica marcante esta relacionada com o processo de mudança cultural, e a nova forma de enxergar a organização, abandonando uma estrutura departamental para outra apoiada em processos, (SOUZA E SACCOL, 2003). Outros pontos que merecem ser destacados relacionam-se com os fatores críticos de sucesso, neste sentido diversos autores apontam um elenco destes fatores que devem ser verificados durante o ciclo de vida do projeto de ERP, (OKOLICA 2001); (LAURINDO e PESSOA 2001); (HOLLAND E LIGHT 1999); (DIAS 1999); (ALBERTIN 1996):

- alta direção: envolvimento e mudanças constantes de estratégias;
- estratégia: visão de longo prazo, alinhamento com fatores de negócios e tecnológicos;
- cultura organizacional: receptividade a mudanças e nível de alterações provocadas;
- processos: adaptação necessária ao novo sistema;
- usuários: definição de papéis, envolvimento e treinamento;
- equipe de consultores: qualificação e comunicação com usuários;
- seleção do sistema: motivos para iniciar uma seleção e forma de condução;
- implementação: definição de prazos e forma de condução;
- *software*: adequação ao contexto da empresa e ligação com sistemas existentes.

Estes fatores supra-citados influenciam de maneira diferentemente em cada organização. Para Dias (1999) e Albertin (1996), o aspecto fundamental para o sucesso do projeto é equacionar o equilíbrio entre os esforços direcionados aos fatores que mais e que menos possuem influencia, para evitar desgastes desnecessários.

2.4 COMPROMETIMENTO NO TRABALHO

O comprometimento no trabalho como tema de estudo têm sido marcado pela diversidade de definições e de quadros teóricos de referência. Essa falta de consenso levou os pesquisadores da área de comportamento organizacional a adotar um movimento desordenado de criação de instrumentos de medida na tentativa de medir o nível do referido construto.

Dentre estes movimentos há uma sugestão fundamentada em três subconstrutos ou formas para se medir o comprometimento no trabalho: continuação, coesão e controle (KANTER, 1968).

Em outra vertente de pesquisa independente, O Reilly e Chatman (1968) propuseram que o comprometimento poderia ser mensurado em três bases: a) *compliance* ou submissão - motivados por recompensas extrínsecas, b) *identification* ou identificação - baseado no desejo de afiliação e c) *internalization* ou internalização – causado pela congruência entre valores individuais e organizacionais.

Em seu trabalho seminal, Etzioni (1975), relaciona o poder nas organizações a três formas de envolvimento: o alienativo – mensurados pela percepção de sanção/punição, o calculativo – vinculado às diferentes maneiras de recompensas e de benefícios e o moral, em que as recompensas simbólicas fazem sentido na representação mental do indivíduo.

Os resultados dessas pesquisas geraram uma proliferação de instrumentos de medida e conseqüentemente a uma fragmentação e redundância conceitual (MORROW, 1983). Essa autora identificou em suas pesquisas a presença de 29 conceitos e medidas sobre comprometimento. Diante dessa falta de convergência, a sua contribuição teórica central foi a proposta de reduzir esses conceitos para cinco dimensões do construto com foco em valores, organização, carreira, trabalho e sindicato. A partir dessa proposta, é possível perceber a existência de múltiplos focos ou de partes do contexto que podem ser alvo de vínculos do indivíduo, dentro e fora do ambiente de trabalho.

O comprometimento pode ser entendido como uma força que direciona o comportamento das pessoas dentro das organizações e que pode, ao mesmo tempo, atuar como fonte de estabilização das relações sociais no ambiente de trabalho e também como fonte de coação da estrutura sobre as pessoas (MEYER; HERCOVITCH, 2001). Nessa perspectiva, pode assumir uma característica de natureza multidimensional. A vertente afetiva ou atitudinal refere-se ao processo de identificação do indivíduo com os objetivos e valores da organização. Três dimensões são usadas para mensurá-los: a) forte crença e aceitação dos valores e objetivos da organização; b) o forte desejo de manter o vínculo com a organização e c) a intenção de se esforçar em prol da organização (BATEMAN; STRASSER, 1984). Em uma organização, geralmente constituída de múltiplos segmentos sociais e funcionais que convivem e estabelecem relações de maneira contínua e/ou intermitente, a chance de convergências de ações é colocada em risco, pois, nem sempre as pessoas partilham os mesmos objetivos e valores. A ocorrência dessa situação nas empresas pode concorrer para desempenhos abaixo da média de mercado.

Nesse sentido, o comprometimento pode ser entendido conforme Siqueira (2008) como um conceito formado a partir da atitude tomada pela pessoa ou a partir de indicadores comportamentais ou de processos que vinculam o sujeito a um curso específico de ação definido pela organização. Para Robbins, (2005), três tipos principais

de atitudes são focalizados nas pesquisas: satisfação com o trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional. Ainda para o autor, dentre os fatores determinantes do nível de comprometimento no trabalho podem se identificar: participação, melhor desempenho e produtividade; empenho extra ou sacrifício adicional; defesa da organização. Abreu (2001) em seu trabalho relacionado ao comprometimento no processo de informatização ressalta a ênfase do executivo responsável pela informatização, como fator de sucesso. Outro fator considerado pela autora é o distanciamento entre usuários e analistas, sendo que este fator prejudica o processo de comunicação entre as partes, portanto deve ser gerenciado para não prejudicar o projeto de implantação. A implantação de um software integrado de gestão Abreu (2001), relata a grande importância do envolvimento, educação e treinamento de todos os usuários para o sucesso na implantação, e a resistência as mudanças e o medo da substituição da mão-de-obra são barreiras ao sucesso efetivo do ERP nas organizações.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.

3.1 O Focus Group

Nesse estudo, dado suas características e objetivos classificam-se dentro dos pressupostos da pesquisa exploratória. Esta modalidade de pesquisa segundo Gil (1988, p. 45) “[...] “tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é portanto flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado”. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, pois propõe conhecer e analisar as percepções dos sujeitos objeto de estudo como um ser social e histórico inserido numa determinada realidade. No âmbito das ciências sociais, quando uma pesquisa se propõe conhecer e analisar como as pessoas sentem ou agem em relação a uma experiência ou acontecimento, um método muito adequado em pesquisas qualitativas ou mistas, para a coleta e análise dos dados é o *focus group*. Esse método apresenta a seguinte definição por Freitas e Oliveira (2006, p.325-326): “É um tipo de entrevista em profundidade realizada em grupo, cujas reuniões têm características definidas quanto à proposta, ao tamanho, à composição e aos procedimentos de condução. O foco ou o objeto de análise é a interação dentro do grupo. “Os participantes influenciam uns aos outros pelas respostas às idéias e colocações durante a discussão.” que “estimulados por comentários ou questões fornecidos pelo moderador (pesquisador ou outra pessoa). Os dados fundamentais produzidos por essa técnica são transcritos das discussões do grupo, acréscidos das anotações e reflexões do moderador e de outros observadores [...]”(GIOVINAZZO, 2001).

O *focus group* também conhecido como técnica da discussão de grupos tem por objetivo “obter o entendimento dos participantes sobre tópico de interesse da pesquisa, não importando se é utilizado sozinho ou em conjunto com outras técnicas de coleta de dados, nem mesmo se busca questões ou respostas” (FREITAS E OLIVEIRA, 2006, p. 328-329). Para os autores ora citados, a realização do *focus group* requer a adoção de três etapas essenciais: planejamento, condução das entrevistas e análise dos dados. No planejamento deve ocorrer a reflexão sobre o propósito das reuniões de maneira lógica e seqüencial. Nesta etapa é o momento de definir sobre como localizar os participantes; qual a quantidade e tamanho do grupo, quais as características dos participantes para definição das categorias de análise, quais seriam as boas questões para serem feitas. Cabe aqui a definição da pessoa mais adequada para atuar como moderador durante as sessões de discussão. O comprometimento do moderador no *focus group*, vai depender do modelo de pesquisa “pois se estiver pensando em um formato altamente estruturado deve optar por entrevistas individuais; e se o formato for altamente não estruturado a escolha deve ser por observação participante” (GIOVINAZZO, 2001).

Esta pesquisa foi realizada na Fundação de Assistência Ensino e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (MG). A escolha desta instituição se deu em função de ser uma das maiores empregadora de mão-de-obra da cidade de Uberlândia e região. Somado a estes fatores se destaca de ter um papel importante no que tange a administração dos recursos financeiros, tecnológicos e humanos do Hospital de Clínicas de Uberlândia (MG). Esta organização administra um ingresso anual de recursos oriundos do recebimento dos serviços de saúde que o hospital de Clínicas de Uberlândia presta para o Município de Uberlândia, na ordem de R\$85,5 milhões de reais/ano, dados de 2009, informação obtida pela diretoria financeira. Em contrapartida a aplicação destes recursos para pagamento de pessoal, aquisição de medicamentos, investimentos em tecnologia, pagamento de juros bancários, amortização de financiamentos, e compra materiais de utensílios num montante aproximado de R\$94 milhões anual, conforme dados de 2009 obtidos na diretoria Financeira da empresa. Pelos dados apresentados, percebe-se um déficit no orçamento, neste sentido a instituição está passando por um processo de reestruturação dos seus processos e melhoria nos sistemas de informação, com a implantação de um sistema integrado. Segundo informações do Diretor Geral da Fundação, o sistema ERP, veio como “uma mão na roda”, no sentido de “otimizar diversos processos, eliminar retrabalho, melhorar a eficiência, qualidade do dado e da informação e conseqüentemente contribuir para a redução de custos”. Neste estudo, a amostragem foi decidida pelo pesquisador no intuito de compor três grupos de discussão, com a finalidade de fazer a coleta de dados. O primeiro grupo composto por seis colaboradores que ocupam cargo de direção e alta gerência, o segundo grupo foi composto por funcionários das áreas de contabilidade, compras, RH, finanças, patrimônio e controle de materiais. O terceiro grupo foi composto por 04 analistas da área de tecnologia da informação que acompanham e participam do processo de implantação.

Na fase do planejamento, o pesquisador, reuniu por diversas vezes, para definir a condução do processo de pesquisa. Nesta etapa, foi importante discutir e planejar o *focus group*, seguindo as orientações sugeridas por Freitas e Oliveira (1988, p. 332) “cuidados com o planejamento da atividade não garantem bons resultados, mas uma abordagem tendenciosa para o desenho e a execução muito provavelmente produzirá resultados inadequados.” Nesse sentido, optou por trabalhar com três grupos focais sendo dois grupos compostos por seis pessoas e um grupo com quatro, dada a natureza acadêmica do trabalho.

Após definido os grupos focais, a outra etapa desse estudo, foi convidar as pessoas, escolher o perfil do moderador para conduzir as seções e agendar os horários para as entrevistas e coleta de dados. Esta metodologia é sugerida por (KRUEGUER, 1994).

Para a condução da discussão o pesquisador, optou pela escolha do moderador, um professor da Universidade Federal de Uberlândia, da área de auditoria e tecnologia da informação e com experiência com procedimentos de inquérito, procedimento este utilizado em auditoria contábil e operacional. Esta decisão se justifica pelo fato do referido professor possuir comprovado domínio teórico sobre o construto objeto deste estudo e de condução de técnicas em entrevistas, possibilitando validar assim a estrutura das perguntas oferecidas para a discussão em grupo, além de conhecer bem a organização.

A coleta de dados foi realizada através de três grupos de participantes. O primeiro grupo se caracteriza por diretores e alta gerência, de nível superior e com grau de instrução especialização Lato- Sensu, idade média de 40 anos, predominantemente do gênero masculino e que executam as atividades Estratégicas e táticas na instituição. As características do segundo grupo foram dois funcionários públicos da Universidade Federal de Uberlândia que estão lotados na Fundação e quatro integrantes da FAEPU objeto deste estudo. O fator de instrução caracteriza-se por pessoas de nível superior e nível médio do gênero feminino, idade média 32 anos, e que executam atividades administrativas e de apoio. O terceiro grupo se caracteriza por duas pessoas do gênero masculino e duas pessoas do gênero feminino, todos com formação superior e idade média 34 anos, que atuam como analistas de sistemas.

Os debates foram iniciados, na sala de reuniões na sede da organização pesquisada, localizada na Rua Pedro Quirino nº 1154 no Campus Umuarama da Universidade Federal de Uberlândia. A escolha do local deve-se ao fato de ser um local conhecido e diferenciado dos demais. Conforme sugerido por Freitas e Oliveira (2006, p. 339) “alguns aspectos deverão ser observados para a escolha do local: ser de fácil localização pelos participantes; não propiciar distrações externas ou internas...”. Os participantes foram acomodados seguindo as orientações dos autores Freitas e Oliveira (2006, p. 339) “Os participantes deverão ser acomodados em forma de “U”, com moderador de frente sentado para todos.” O moderador se apresentou e com a mensagem de “bom dia, sejam bem vindos”, que também destacou sobre a garantia de confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes bem como dos objetivos acadêmicos do trabalho. Conforme Wall (2001), a importância destas mensagens iniciais possibilita a criação de uma atmosfera confortável, no sentido de permitir que os participantes fiquem mais descontraídos, possibilitando que eles expressem suas opiniões de uma maneira natural. Em seguida, todos os participantes se apresentaram. Para a coleta dos dados, o moderador usa de quatro perguntas orientadoras como estímulo inicial para geração de idéias. Ao final de cada pergunta o moderador faz uma síntese e solicitava a concordância dos participantes.

Os comentários e as narrativas que emergiram das sessões, com duração de aproximadamente de 40 minutos, foram gravadas e acompanhadas pelo pesquisador em 05 de outubro de 2010.

4. ANÁLISE DOS DADOS OBTIDOS

Uma das tarefas do pesquisador é desenhar uma estratégia de trabalho a fim de reduzir, estruturar, interpretar e teorizar sobre os dados coletados. Nesse estudo optou-se pelo modelo de Morse e Fields (1994), que o propõe fundamentado em quatro processos: “compreender, sintetizar, teorizar e recontextualizar”. Para isso, os registros das narrativas pessoais ocorridas nas três sessões de entrevistas, armazenados em chips de gravador digital da marca Sony, foram transcritos para o programa MS-Word versão 2003 com finalidade de possibilitar o início da etapa de planejamento da codificação dos conceitos. Os códigos são rótulos que permitem que os dados qualitativos sejam separados, compilados e organizados e servem como uma forma para ajudar no desenvolvimento de teoria (COLLINS e HUSSEY, 2005). Em seguida, iniciou-se a análise preliminar dos conteúdos das narrativas verbais transcritos para descobrir a existência de possíveis características comuns aos fenômenos que emergiram das discussões a fim de compreendê-los.

Na seqüência, realizou-se a classificação dos conceitos visando ter uma noção sintética desses. A classificação foi realizada em duas etapas de tal forma que na segunda etapa fosse possível ter uma noção das categorias e das subcategorias do comprometimento dos colaboradores. Isso se faz necessário devido tanto à diversidade de idéias e de conteúdos de narrativas que pode surgir e porque não necessariamente as mesmas idéias podem surgir em todas as sessões de entrevistas coletivas (RUYTER, 1996). A classificação e a codificação inicial dos conteúdos foram realizadas de forma independente pelo pesquisador a fim de se identificar similaridades e diferenças dos conceitos. Em seguida, esses relatórios foram confrontados para se complementar as diferentes percepções do pesquisador. Nessa etapa, o pesquisador foi assistido por uma psicóloga especialista em comportamento organizacional. Adotou-se esse procedimento a fim de se assegurar a validade dos construtos objeto desse estudo. As idéias foram classificadas, inicialmente, em 46 categorias. Na seqüência, aquelas foram reduzidas para quatro categorias e 16 subcategorias, respectivamente, de acordo com os tipos de dificuldades para implantação do sistema ERP, conforme tabela a seguir.

Tabela 1 Categorização de idéias e freqüência, de acordo com as dificuldades em relação ao nível de comprometimento no processo implantação do ERP.

Categoria 1: Envolvimento da Alta e Média Gerência no Processo
Sobrecarga de trabalho (03)
Reestruturação administrativa (03)
Condições de trabalho insuficientes (02)
Excesso de reuniões (04)
Categoria 2: Envolvimento dos funcionários
Resistência por parte de alguns usuários (06)
Falta da presença do gerente (03)
Medo de errar (03)
Simplificação dos processos (03)
Falta de suporte dos Analistas (05)
Categoria 2: Envolvimento dos Analistas
Excesso de demanda para atender (04)
Falta de envolvimento de alguns gerentes (03)
Categoria 4: comprometimento Geral
Melhorar o envolvimento da gerência e diretoria (08)
Aprendizado (04)
Melhorar a qualidade da informação (08)
Melhorar a Comunicação Interna (06)
Melhorar a integração das equipes (10)

Fonte: dados da pesquisa

Na primeira pergunta: *Qual foi o envolvimento da alta e média gerência durante o processo de implantação do ERP na Fundação?* As discussões dos três grupos sinalizam motivos convergentes com o exercício da falta de envolvimento destes profissionais e apontam prioritariamente para a necessidade de não estarem tão envolvidos em função da sobrecarga de trabalho e alto volume de reuniões. O envolvimento da alta e média gerência, não foi tão intenso devido ao processo de reestruturação na organização e o acúmulo de atividades. Para o pessoal da tecnologia da informação, a falta de presença de alguns gerentes em reuniões dificultava a agilidade no processo. Para os colaboradores da área administrativa em alguns momentos havia inseguranças durante reuniões com a equipe de informática no sentido de definir novas rotinas. “O gerente chegava atrasado para a reunião”. “o gerente às vezes não comparecia”. “O gerente saia antes do término da reunião”. “Sinto que falta liderança”. O excesso de atividades e reuniões apareceu como um fator que justificava a ausência em grande parte das reuniões e falta de equipamentos, como justificativa das condições precárias de trabalho, visão de participantes do grupo A. Para o segundo grupo, composto pelo pessoal administrativo, a resistência de alguns funcionários, falta da presença de gerentes em reuniões com a equipe e o medo de errar aparece como fator que muito pesou, também a falta de suporte de analistas de sistemas. Pela percepção dos analistas a falta de participação em reuniões por parte de gerentes e a insegurança para definição de alguns processos geravam atrasos para cumprimento de rotinas e o excesso de demandas, visto que estes tinham que atender as necessidades da Fundação e do Hospital.

A visão do grupo quanto a questão do envolvimento e do comprometimento está relacionado à falta de uma liderança mais atuante para melhorar o nível de comprometimento e envolvimento no trabalho de implantação do sistema ERP. A visão do processo de mudança nas rotinas e a cobrança de gerentes que não estavam envolvidos como os funcionários gostariam e também a falta de participação por parte da alta administração em reuniões junto aos analistas onde estavam sendo definidos alguns processos-chave gerava insegurança e medo, e também a presença do consultor do sistema que era precária, como expressou um dos participantes: *“A Fundação quer melhorar sua eficiência só que a ausência de pessoas importantes no processo está dificultando o processo de implantação [...] ficamos às vezes inseguros e com medo[...] falta melhor planejamento [...] muitas vezes precisava do analista e tinha que aguardar até o dia seguinte para ser atendida”* [...]. Melhorar a integração e a qualidade da informação foi consenso nos grupos. O sentimento de excesso de trabalho e a falta de presença física de analistas de sistemas foram corroborados pela maioria dos entrevistados dos grupos A (gerentes) e grupo B, e que afirmaram que a presença física do analista “fool time” contribuiu para eficiência no processo. Outro fato que chamou atenção foi o depoimento de dois colaboradores, “as coisas estão funcionando temos um sistema rodando em paralelo então não me preocupa [...], percebe-se que falta melhorar o gerenciamento e integração dos grupos e colocar o sistema novo para funcionar, por completo, para forçar o nível de comprometimento. A falta de analistas de sistemas para compor o quadro de pessoal foi consenso entre o grupo C - “Trabalhamos demais, existe muita demanda de serviço, não prestamos serviço somente para a Fundação, temos que atender o hospital”. Na percepção de um dos participantes, *“o salário que oferecem para um analista[...], os bons não ficam, o mercado[...].”* Para a maioria dos participantes, melhorarem o desempenho é imprescindível e este sistema tende a reduzir muito retrabalho reduzir custos, porém percebe-se que “existe o comodismo por parte daqueles que não querem mudar, falta dar um gás e levantar a motivação”. O sucesso deste projeto na organização depende de uma renovação contínua da motivação dos gerentes e funcionários.

Perguntados sobre como eles avaliam o desempenho deste sistema até o momento e quais sugestões para melhorar? [...] O módulo do controle e movimentação dos estoques está funcionando bem, vemos como um grande avanço sendo a importância no controle de itens valiosos e de grande movimentação como exemplo os materiais e medicamentos [...], O sistema de controle de estoques está funcionando razoável, pois temos problemas de integração contábil ainda [...]. O módulo financeiro,

não está totalmente confiável é muito importante e acho que estão fazendo corpo [...]". Para melhorar este processo de implantação, houve grande consenso dos três grupos "vamos fazer uma reunião, com toda equipe, traçar metas", o Grupo A um dos diretores se dispôs a liberar três analistas para o projeto e informar ao Conselho Curador "Faremos reuniões ordinárias as segundas e sexta – feiras [...] e " Vamos convocar o Conselho curador, nos reportar sobre os problemas, assumir nossas falhas e solicitar que o pessoal que vendeu o software esteja presente pelo menos dois dias semanais, isto irá ter um custo [...]. Para finalizar a sessão de discussões, o moderador propôs que refletissem sobre os aspectos que mais gostariam para melhorar a integração. Melhorar o clima organizacional, treinamento de funcionários, foi apontado na maioria das respostas dos grupos B e C como o aspecto de maior relevância para que o projeto tenha êxito na percepção destes dois grupos. As categorias que emergiram das reflexões pessoais destacam a maior sinergia das equipes, a amizade, melhorar o compromisso das pessoas, o convívio e os relacionamentos entre as áreas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar o comprometimento e o comportamento dos funcionários quanto ao processo da implantação de novas tecnologias, neste estudo foi avaliado especificamente o processo de implantação do ERP na Fundação de Assistência e Pesquisa. Também avaliar os fatores gerenciais críticos para implantação do sistema ERP. As idéias que emergiram das discussões nos grupos parecem ser corroboradas pelas evidências da pesquisa, percebe-se que os processos não estão mapeados e definidos, e isto é um fator de sucesso para adoção deste software, corroborando com as inferências de Gomes e Ribeiro (2004). Também encaixa nas contribuições de Mendes e Escrivão Filho (2002) ao inferir que a adoção de um software ERP, é um projeto que envolve a organização e para que tenha êxito grau de envolvimento da organização e de seus líderes é muito importante. As contribuições de (OKOLICA 2001); (LAURINDO e PESSOA 2001); (HOLLAND E LIGHT 1999); (DIAS 1999); (ALBERTIN 1996), encontra-se presente nesta pesquisa, em destaque o envolvimento da alta administração, alinhamento com os fatores do negócio, adaptação, envolvimento, alinhamento, definição de prazos, qualificação.

O comprometimento pode ser entendido como uma força que direciona o comportamento das pessoas dentro das organizações e que pode, ao mesmo tempo, atuar como fonte de estabilização das relações sociais no ambiente de trabalho e também como fonte de coação da estrutura sobre as pessoas (MEYER; HERCOVITCH, 2001). Nessa perspectiva, pode assumir uma característica de natureza multidimensional. A vertente afetiva ou atitudinal refere-se ao processo de identificação do indivíduo com os objetivos e valores da organização. Três dimensões são usadas para mensurá-los: a) forte crença e aceitação dos valores e objetivos da organização; b) o forte desejo de manter o vínculo com a organização e c) a intenção de se esforçar em prol da organização (BATEMAN; STRASSER, 1984).

Quanto ao comprometimento Robbins, (2005), contribuiu para confirmações quanto ao envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional. Pela interpretação dos grupos focais ficou explícito a necessidade de envolvimento do grupo e maior comprometimento. Foi possível detectar as recomendações de Abreu (2001), em relação a importância do envolvimento, educação e treinamento de todos os usuários para o sucesso na implantação, e a resistência as mudanças e o medo da substituição da mão-de-obra são barreiras ao sucesso efetivo do ERP nas organizações. A escolha do método *focus group* foi importante para a condução desta pesquisa, foi observado durante as sessões a importância deste método, devido a interação dos indivíduos e as revelações de pontos importantes que foram observados pelo pesquisador em destaque a forma que os participantes estimulam o restante do grupo no período das discussões. O aprendizado nesta pesquisa gratificante e traz uma contribuição para que profissionais e pesquisadores possam utilizá-la nas organizações em pesquisas futuras.

Referências

- ABREU, Aline França de Criatividade, Inovação e Informação: O Tripé da Organização na Era do Conhecimento e o Suporte da Tecnologia da Informação. Editora IGTI, 2000, 1ª Edição.
- ALBERTIN, A. L. (1996) - Aumentando as chances de sucesso no desenvolvimento e implementação de sistemas de informação. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 61-69, jul-set, 1996.
- BARNEY, Jay B.; HESTERLY, William S. Administração estratégica e vantagem competitiva. São Paulo: Prentice Hall, 2008.
- BATEMAN, T. & STRASSER, S. (1984). "A longitudinal analysis of the antecedents of organizational commitment". *Academy of Management Journal*, 21, 95-112.
- COLLINS, J. & HUSSEY, R. Pesquisa em Administração - Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- DAFT, R. L. Administração. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- DIAS, M. C. (1999) - Fatores de incerteza em desenvolvimento de sistemas de informação. *Cadernos de Estudos em Administração*. Cascavel: EDUNIOESTE, p. 43-66.
- ETZIONI, A. A comparative analysis of complex organizations. New York: Free Press, 1975.
- GATTIKER, T. F. and GOODHUE, D. L. What happens after ERP implementation: Understanding the impact of inter – dependency and differentiation on plant-level outcomes. *MIS Quarterly*, vol.29, n.3, PP 559-585, September de 2005.
- GIL, Antonio C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1988.
- GIOVANIZO, A. R. *Focus Group em Pesquisa Qualitativa – Fundamentos e Reflexões*. *Revista Administração on line* [On Line]. FECAP. Volume 2, número 4, out/nov/dez. 2001. Disponível em <http://www.fecap.br/adm_online/>. Acesso em 14/10/2010.
- GONÇALVES, J. E. L. As Empresas São Grandes Coleções de Processos. In: Revista de Administração de Empresas, São Paulo, 40(1), jan./mar. 2000.
- GOMES, C. F. S.; RIBEIRO, P. C. C. Gestão da cadeia de Suprimentos Integrada a Tecnologia da Informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- GUIMARÃES, Nathália A. Fundações Privadas de Apoio às instituições de ensino superior – breves considerações. Texto elaborado em 2003, atualizado em Janeiro de 2004.
- HOLLAND, C. P.; LIGHT, B. (1999) - A critical success factors model for ERP Implementation. *IEE software*, mai-jun, p. 30-36.
- KANTER, R. M. Commitment and social organizations: a study of commitment mechanism in utopian communities. *American Sociological Review*. Columbus, v.33, n.4, p. 499-517, 1968.
- KRUEGUER, R. A. Focus Group: a practical guide for applied research. 2nd. Ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
- LAURINDO, F. J. B.; PESSÔA, M. S. P. (2001) - Sistemas integrados de gestão. In AMATO NETO, J. (organizador). *Manufatura classe mundial*. conceitos, estratégias e aplicações. São Paulo: Atlas.
- LEAVITT, H. *Apleid organizational change in industry: structural technical and human approaches*, New York: John Wiley, 1964.
- MEYER, J. P. and HERCOVITCH, L. Commitment in the workplace toward a general model. *Human Resource Management Review*. Greenwich, v. 11, n. 3, p. 299-326, Autumn 2001.
- MENDES, J. V.; ESCRIVÃO FILHO, E. Sistemas integrados de gestão ERP em pequenas empresas: um confronto entre o referencial teórico e a prática empresarial. *Gest. Prod.*, dez. 2002, vol.9, nº.3, p.277-296.
- MORROW, P.C. (1983), "Concept redundancy in organisational research: the case of work commitment". *Academy of Management Review*, Vol. 8, pp. 486-500.
- MORSE, J. M. & FIELD, P.A. *Qualitative research methods for health professionals*. 2 ed. Thousands Oaks, CA: Sage, 1994.
- NORRIS, G., HURLEY, J. R., HARTLEY, K. M., DUNLEAVY, J. R., BALLS, J. D. *EBusiness e ERP: Transformando as Organizações*, Rio de Janeiro, Qualitymark Ed, 2001.
- OLIVEIRA, M & FREITAS, H. (2006) Focus Group: Instrumentalizando seu planejamento. In: GODOL, C; BANDEIRA-DE-MELO, R. & SILVA, A. *Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais*. São Paulo: Saraiva.
- OKOLICA, C. (2001) - Factors affecting systems implementation: the case of enterprise resource planning systems. In *Proceedings of the 16th Annual Conference of the International Academy for Information Management*.
- PAULO R. Corbucci, R. P., MARQUES, Fonseca P. C. TEXTO PARA DISCUSSÃO No 999 FONTES DE FINANCIAMENTO DAS INSTITUIÇÕES FEDERAIS DE ENSINO SUPERIOR: UM ESTUDO SOBRE A UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Brasília, novembro de 2003.
- RANYA, N. What is Organizational commitment, why should managers want it in their workforce and is there any cost effective way to secure it? Working paper, Swiss Management Center, 2009.
- ROBBINS, S. P. *Comportamento Organizacional*. 11 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.
- ROSA, M. R.; CAMPOS, F. C. Problemas e cuidados a serem verificados em uma implantação de Enterprise Resources Planning (ERP) em Instituições de Ensino Superior (IES). In: XII SIMPEP, 2005.

- RUYTER, Ko de. Focus versus nominal group interviews: a comparative analysis. *Marketing Intelligence & Planning*, 14, 44-50, 1996.
- SACCOL, A. I. C. Z.; MACADAR, M. A. M.; SOARES, R. O. Mudanças organizacionais e sistemas ERP. In: Cesar Alexandre de Souza; Amarolinda. C. I. Zanela Saccol. (org.). *sistemas ERP no Brasil: teoria e casos*. São Paulo: Editora Atlas, 2003, v. 01, p. 18-368.
- SOUZA, C. A.; ZWICKER, R. Ciclo de vida de sistemas ERP. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo. v. 1, n. 11, 1º trim., 2000.
- SOUZA, C. A.; SACCOL, A. Z. Organizadores: *Sistemas ERP no Brasil (Enterprise Resource Planning): teoria e casos*. São Paulo: Atlas, 2003.
- TURBAN, E.; RAINER Jr., R. K. e POTTER, R. E. *Administração da Tecnologia da Informação: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- WALL, Ann L. Evaluating an undergraduate unit using a focus group. "Quality Assurance in Education". V. 9, n.1 p. 23-31, 2001.

Qualidade e Segurança

P_25_2011 - O Diagnóstico Organizacional ONA no processo de avaliação dos hospitais de Minas Gerais

Lismar Isis Campos, André Luiz Pereira, Marisa Botelho Linhares, Stefania Mereciana Gomes Ferreira, Mayra Da Silva Pinto, Karine Coutinho dos Santos

Palavras-chave: administração hospitalar, qualidade, acreditação

Introdução

O início do governo de Minas Gerais em 2003 foi marcado por um déficit nos cofres estaduais e muita dificuldade na captação de recursos devido à fragilidade da economia interna. Neste contexto, foram determinadas ações gerenciais, por meio do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), que ficaram conhecidas como "Choque de Gestão". (ANASTASIA, 2006).

Em 2003, um estudo sobre o parque hospitalar do Estado, realizado pelo Comitê Estratégico da Secretaria de Estado de Minas Gerais (SES/MG), apontou uma rede hospitalar fragmentada, constituída por muitos hospitais de pequeno porte e poucos hospitais com escala e densidade tecnológica suficientes para funcionar de forma eficaz (LIMA, 2009).

Havia uma distribuição heterogênea do parque tecnológico existindo, até então, uma concentração desproporcional da rede hospitalar em determinadas regiões do estado, com um número maior de hospitais nas regiões mais desenvolvidas e carência de estabelecimentos hospitalares da rede SUS em regiões debilitadas. (LIMA, 2009).

Em relação à profissionalização da gestão, levantamento de estudos feitos mostra que 56% dos hospitais do Estado apresentavam uma baixa profissionalização da gestão (LIMA, 2009).

Outros aspectos relevantes que caracterizavam a rede hospitalar do Estado até aquele momento eram:

- número expressivo de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial;
- fragmentação da oferta de serviços;
- política de saúde com ênfase na municipalização em detrimento da regionalização.

Diante desse cenário, a SES/MG lançou, em 2003, o PRO-HOSP, com o objetivo de fomentar a melhoria da eficiência e a qualidade dos hospitais da rede SUS do Estado de Minas Gerais. (LIMA, 2009)

Os recursos alocados do programa formam um incentivo para fomentar os arranjos organizacionais e as práticas de gestão. As ações de regionalização são garantidas através da celebração de Termos de Compromisso de Gestão, firmados entre a SES/MG, os hospitais participantes e os gestores locais. (CAMPOS, 2009).

Em 2006, foi feita a revisão do PMDI, fundamentando a visão de futuro de fazer de Minas Gerais o melhor estado para se viver até 2023, sendo estabelecidas sete estratégias de desenvolvimento do estado, onze áreas de resultados e dois alicerces sobre os quais se estrutura o Estado para Resultados.

Para a saúde, na área de resultados *Vida Saudável*, foram estabelecidos projetos estruturadores, como o de Regionalização da Atenção à Saúde, no qual o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) o integra.

Após 5 anos de Programa, verificou-se a necessidade de implantação de um sistema de gestão da qualidade visando contribuir com os objetivos do PRO-HOSP, estratégia que efetivou-se em 2008 por meio da criação do Programa de Gestão da Qualidade da SES e adoção da metodologia da acreditação da Organização Nacional da Acreditação – ONA. A gestão da qualidade implementa-se por meio de ações educacionais, incentivo por premiação, processos de avaliação e de monitoramento. (CAMPOS, 2009).

2. Justificativa

No ano de 2008, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) implantou como reforço ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais (PRO-HOSP), o Programa de Gestão da Qualidade, com o objetivo de qualificar a gestão dos Hospitais Pro-Hosp a fim de promover uma assistência mais resolutiva, voltada para ações de segurança e com maior eficiência, refletindo-se em melhor qualidade na atenção aos usuários do SUS/MG. (CAMPOS, 2009).

Em 2007, a SES/MG, por meio de um acordo com o Banco Mundial, definiu que até o ano de 2010, 50% dos Hospitais integrantes do Pro-Hosp receberiam o Diagnóstico Organizacional ONA (DO-ONA), como uma das estratégias de qualificação dessas instituições (BANCO MUNDIAL, 2008). Em 2008, como processo inicial, foi firmado convênio com a Associação de Hospitais de Minas Gerais (AHMG) para dentre outros, contratação de instituição acreditadora credenciada pela ONA para viabilização dos diagnósticos, sendo 45 diagnósticos em 2009 e 35 diagnósticos em 2010. (CAMPOS, 2009). Atualmente 128 hospitais integram o Pro-Hosp. (LIMA, 2010).

O objetivo desse trabalho é apresentar sistematicamente os resultados destes 80 diagnósticos realizados.

3. Métodos

3.1. O processo de avaliação e seleção dos hospitais para recebimento do DO-ONA

A SES/MG, através da Assessoria de Normalização, Humanização e Melhoria da Qualidade (ANHMQ), estabeleceu o Projeto de Melhoria da Qualidade como reforço ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais – Pro-Hosp a fim de fortalecer a gestão e garantir a qualidade da assistência nessas instituições.

Foi instituído pelo Núcleo de Gestão da Qualidade, hoje Assessoria de Melhoria da Qualidade (AMQ), o processo de avaliação inicial dos Hospitais Pro-Hosp. Essa avaliação tem como objetivo identificar no universo dos hospitais que integram o Pro-Hosp quais receberão o DO-ONA e quais apresentam as melhores práticas de gestão para participação no Prêmio Célio de Castro.

O procedimento de avaliação inicial da qualidade vem sendo realizado anualmente em parceria com as Gerências Regionais de Saúde (GRS), no qual é aplicado o "Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais Pro-Hosp / Política de Acreditação – ONA", criado pela AMQ e baseado no Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde – ONA (2006) e no Instrumento de Avaliação dos Estabelecimentos de Saúde desenvolvido pela ANVISA (2007). O

instrumento possui um conjunto de perguntas divididas nos três níveis de complexidade de estrutura, processo e resultado, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação - ONA:

Para a classificação dos hospitais e formação do ranking de pontuação foram dados os seguintes pesos para cada nível de complexidade:

- 70% para questões do Nível I
- 20% para questões do Nível II
- 10% para questões do Nível III

A partir da pontuação obtida foram selecionados 45 hospitais para recebimento do DO-ONA em 2009 e 35 em 2010.

3.2. A execução dos Diagnósticos Organizacionais ONA

Foi firmado convênio (874/2008) entre a SES/MG e a AHMG para, dentre outros, a realização de DO-ONA por instituição credenciadora, de acordo com o cronograma de realização dos mesmos junto ao Banco Mundial. A Instituição Acreditadora contratada pela AHMG para a realização dos mesmos foi o Instituto Qualisa de Gestão – IQG.

Diagnóstico Organizacional ONA - Hospitais Pro- Hosp



A SES/MG, por meio da AMQ, enviou à AHMG, a lista anual dos hospitais selecionados no processo de avaliação inicial da qualidade para recebimento do DO-ONA. Foram 10 hospitais selecionados em 2008 e os diagnósticos realizados no 1º semestre de 2009; 35 no 2º semestre de 2009 e 35 em 2010, totalizando 80 diagnósticos.

De acordo com a listagem de hospitais, a AHMG e o IQG prepararam a programação de visitas de avaliação aos hospitais. O processo de avaliação contou com profissionais com expertise nas áreas.

3.3 Os relatórios do processo de avaliação diagnóstica

Ao final de cada ciclo de avaliação o IQG encaminhou à SES/MG e à AHMG relatório sistêmico contendo os pontos fortes e as oportunidades de melhoria dos hospitais de acordo com requisitos para Acreditação - Nível I.

Esse processo de avaliação diagnóstica permitiu identificar a evolução dos hospitais nos quesitos de segurança e planejar as ações e políticas de saúde com impacto na mudança desse cenário.

4. Resultados

4.1 Perfil dos Hospitais que receberam DO-ONA

PERÍODO DA AVALIAÇÃO	2009		2010
NÚMERO DE HOSPITAIS	10	35	35
PERCENTUAL DE HOSPITAIS POR TIPO			
Macrorregional	80%	29%	17%
Microrregional	20%	71%	83%

Fonte: AMQ-2011

4.2. Desempenho dos Hospitais nas áreas avaliadas

4.2.1 - Índice de Oportunidades de Melhorias: processo de avaliação diagnóstica no ano de 2009 – amostra de 45 hospitais.

PERÍODO DA AVALIAÇÃO			
2009			
1º SEMESTRE		2º SEMESTRE	
ITEM	Conformidades (%)	ITEM	Conformidades (%)
Direção e Liderança	100%	Laboratório Clínico	97%
Farmácia Clínica	90%	Comunicação	91%
Modelo Assistencial	90%	Direção e Liderança	89%
Interação entre as áreas	90%	Segurança Ocupacional	80%
Política de Isolamento de Pacientes	90%	Sistema de Informação do Paciente	80%
Educação Continuada	90%	Gerenciamento de Leitos	78%
Política de Comunicação	90%	Gestão de Pessoas	76%
Controle dos Parceiros/Terceiros	90%	Prevenção e Controle de Infecção e Eventos Adversos	49%

Identidade e Diretrizes Institucionais	80%	Gestão de Equipamentos	35%
Gestão da Segurança	80%	Planejamento da Assistência	20%
Segurança Ocupacional	70%	Plano de Aplicação Medicamentosa	20%
Sistema de Informação do Paciente	60%	Gerenciamento dos Riscos	0%
Gerenciamento de Leitões	60%		
Plano de Aplicação Medicamentosa	30%		
Prevenção e Controle de Infecção e Eventos Adversos	30%		
Planejamento da Assistência	20%		
Gestão de Equipamentos	10%		
Gerenciamento de Riscos	0%		

Fonte: Síntese avaliação diagnóstica IQG – AMQ/2009

4.2.2 - Índice de Oportunidades de Melhorias: processo de avaliação diagnóstica no ano de 2010 – amostra de 35 hospitais.

PERÍODO DA AVALIAÇÃO	
2010	
ITEM	Conformidades (%)
Direção e Liderança	100%
Gestão de Materiais e Suprimentos	93%
Laboratório Clínico	81%
Central de Materiais	86%
Gestão da Segurança	69%
Gestão de Pessoas	86%
Assistência Farmacêutica	81%
Assistência Nutricional	75%
Planejamento da assistência	71%
Sistema de Informação do Paciente	79%
Plano de Aplicação Medicamentosa	47%
Gestão de Equipamentos	47%
Prevenção e Controle de Infecção e Eventos Adversos	36%
Gerenciamento dos Riscos	0%

Fonte: Síntese avaliação diagnóstica IQG – AMQ/2010

Nos três ciclos de avaliação, o processo de Direção e Liderança dos hospitais foi o ponto forte mais significativo, abalizado principalmente no modelo jurídico utilizado pela SES para contratação desses hospitais. O PRO-HOSP se fundamenta no estabelecimento de compromissos, que são firmados mediante acordo contratual, tendo o hospital, como contrapartida cumprir metas de melhoria da qualidade da assistência (LIMA 2009). O foco do programa são os hospitais que atendem prioritariamente a população usuária do SUS e que sejam socialmente necessários. (LIMA 2009).

Outras estratégias que tem contribuído são as ações de capacitação, como os cursos na área de gestão da qualidade que ocorrem desde 2008 e o curso de Pós-Graduação em Gestão Hospitalar, que os hospitais participam desde 2004, com a formação de cerca de 600 administradores hospitalares.

As oportunidades de melhorias mais significativas foram: a política de Gerenciamento dos Riscos; a Gestão de Equipamentos; Prevenção e Controle de Infecção e Eventos Adversos; a ausência de Plano de Aplicação Medicamentosa e nos hospitais microrregionais a Gestão de Pessoas. Nesse sentido, a SES/MG elaborou cursos específicos para os profissionais lotados nestas áreas numa abordagem andragógica de pesquisa ação. Também foram realizadas oficinas de trabalho com representantes dos Grupos Gestores dos hospitais, abordando, dentre outros, a gestão por processos e o gerenciamento dos riscos. A contrapartida dos hospitais nessas oficinas é a realização dos procedimentos necessários, tais como o desenho dos processos, a criação dos Comitês de Gerenciamento dos Riscos, etc. A elaboração e aplicação desses procedimentos são monitorados pela coordenação do Programa Pro-Hosp.

O desempenho dos hospitais no DO-ONA demonstrou que mesmo o Pro-Hosp tendo contribuído com a solução de problemas de estrutura dos hospitais do Estado, há necessidade de que essas instituições trabalhem com mais atenção a segurança dos processos assistenciais e organizacionais.

Importante salientar que no conjunto de metas e compromissos pactuados com os hospitais em 2010 foi estabelecida a participação de membros do hospital nos cursos ofertados pela SES/MG e a respectiva elaboração de produtos, tais como protocolos clínicos interdisciplinares voltados para a segurança da assistência, dentre outros.

Em 2010 os primeiros resultados rumo à certificação são consolidados: um dos hospitais Pro-Hosp é acreditado no nível 1 e outro muda o status de acreditado para acreditado pleno – nível 2.

Há, ainda, o resultado observado de visita de outras instâncias de governo (Estados, na sua maioria) à SES/MG, a fim de conhecer essa experiência implementada, que é inédita e bastante inovadora na condução das políticas públicas de saúde para a área hospitalar.

5. Conclusão

O DO-ONA consolidou uma visão ampliada dos processos organizacionais e assistenciais das instituições integrantes ao Pro-Hosp, mostrando-se um instrumento robusto de análise situacional, com potencial para subsidiar à SES/MG no planejamento de ações e políticas públicas de saúde e os hospitais no desenvolvimento de ações pertinentes.

REFERÊNCIAS

- ANASTASIA, Antonio Augusto. Antecedentes e origem do choque de gestão. In: VILHENA, Renata *et al.* O choque de gestão em Minas Gerais. Belo Horizonte. Editora UFMG. 2006. p. 13-17.
- CAMPOS, Lismar Isis, OLIVEIRA, Bruno Reis de, CORREA, Nívia Maria Neves, TEODORO, Helen Cristiny, FERREIRA, Stefânia Gomes, PEREIRA, André Luis, LINHARES, Marisa Botelho. A política de gestão da qualidade hospitalar no Estado de Minas Gerais: pioneirismo, alinhamento estratégico e primeiros resultados. Belo Horizonte. 2009. Mimeo.
- LIMA, Helidéa de Oliveira; LIMA, Marilene Fabri; CAMPOS, Lismar Isis; OLIVEIRA, Bruno Reis de. Fortalecimento e qualificação da rede hospitalar – Pro-Hosp. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al.* O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 129-155.
- LIMA, Helidéa de Oliveira; OLIVEIRA, Bruno Reis de; CAMPOS, Lismar Isis; CUNHA, Tiago Lucas. O Pro-Hosp no contexto do choque de gestão na saúde em Minas Gerais: resultados e desafios. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al.* O choque de gestão em Minas Gerais. Resultados na saúde. Belo Horizonte: Volume 2 Autêntica Editora, 2010. p. 137-156.

Construção do plano de gerenciamento de risco em farmácia hospitalar

Márcia Lúcia de Mário Marin, Ricardo Paranhos Pires Moreira, Sonia Lucena Cipriano

Resumo: Os serviços farmacêuticos constituem uma importante estrutura nos cuidados de saúde prestados ao paciente no ambiente hospitalar, sendo primordial que suas atividades sejam executadas de forma segura. Considerando que os riscos são pertinentes a qualquer processo, torna-se necessário o uso de ferramentas em seu gerenciamento. Baseado na literatura e em ferramentas de gestão para qualidade foi elaborado um plano de gerenciamento de riscos contendo processos, riscos, causas, ações preventivas e mitigatórias e planos de ação. Nossos resultados evidenciam a construção do plano de gerenciamento de riscos na farmácia hospitalar, no sentido de promover a segurança do paciente.

Palavras chave: gerenciamento de risco, farmácia hospitalar, qualidade em saúde, segurança do paciente.

Introdução

Os serviços farmacêuticos constituem uma importante estrutura nos cuidados de saúde dispensada em meio hospitalar. Neste contexto, a farmácia hospitalar tem por objetivo um conjunto de atividades, que contribuem para a qualidade da assistência prestada ao paciente, com promoção do uso racional dos medicamentos. Além de proporcionar acesso aos medicamentos, é essencial que o mesmo esteja inserido em um contexto e em uma lógica mais ampliada que é a assistência farmacêutica, a qual engloba procedimentos relativos à produção, seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos (BRÁSILIA, 2001; MARIN, 2004).

Nos hospitais, é primordial que as atividades da unidade de farmácia sejam executadas de forma a garantir a efetividade e segurança no uso dos medicamentos e outros produtos para saúde, otimizando dessa forma os resultados clínicos e econômicos da intervenção terapêutica (CIPRIANO et al, 2009).

Tendo em vista que os riscos são pertinentes a qualquer processo de trabalho, torna-se necessário o uso de ferramentas adequadas em seu gerenciamento, para que as instituições obtenham êxito na busca pela excelência (PAVAN & HERNANDEZ, 2009). Para tanto, a prevenção da ocorrência destes erros requer a implantação de métodos de segurança eficazes, que possibilitem sua detecção precoce e gerenciamento, que, necessariamente, envolve o redesenho de processos com o propósito de reduzir a ocorrência de erros (KUWABARA, 2009).

Assim, o plano de gerenciamento de risco hospitalar constitui nova perspectiva de cuidado ao paciente, analisando, investigando, propondo soluções e executando ações que tentem diminuir erros ou, ao menos, antecipar-se à sua ocorrência (KUBAWARA et al 2009).

Qualidade e gerenciamento de riscos

As organizações tem adotado diversos modelos de gestão na busca da qualidade, com iniciativas voltadas para implementação de processos de melhoria contínua. Desta maneira, instituições de acreditação e certificação, em seus requisitos de avaliação, focam a segurança do paciente.

A qualidade na assistência e nas organizações de saúde está intrinsecamente relacionada à gestão de risco, pensamento este trazido de estabelecimentos americanos para o setor de saúde por meio de requisitos e programas de certificação ou acreditação hospitalar (FELDMAN, 2009). Por fim, a literatura tem sugerido que a realização da gestão de risco é um caminho para o desenvolvimento de qualidade assistencial e garantia de segurança do paciente (MATHEWS et al, 2002).

Justificativa

O gerenciamento de riscos na farmácia hospitalar proporciona, ao gestor de saúde, informações relevantes para tomada de decisão, controle dos riscos de processos, bem como garantia da qualidade dos serviços prestados. Adicionalmente, a gestão do risco é parte integrante das boas práticas empresariais e possibilita aos gestores melhorarem seus resultados por meio da identificação e da análise ampla de situações. Além disso, os métodos de análise de riscos são fundamentais para assegurar o comprometimento e melhoria contínua dos processos assistenciais, e promoção da qualidade (FELDMAN, 2009).

O processo de acreditação tem sido um grande incentivador no estabelecimento de medidas de melhorias e formalização do gerenciamento de risco, obtendo melhores resultados na assistência e no desenvolvimento de planos de melhoria (GEROLIN & SANTORO, 2008). Além da acreditação, existe a necessidade de adequação a RDC nº 2 de 25/01/2010, cujo objetivo é estabelecer critérios mínimos a serem seguidos pelos estabelecimentos de saúde, visando o gerenciamento de tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

Apesar da importância da implantação de programas de gerenciamento de risco em hospitais, esta não é uma prática comum entre farmácias hospitalares brasileiras. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apresentar a construção de um plano de gerenciamento de riscos na farmácia hospitalar, necessário para a promoção da segurança do paciente, bem como melhoria da qualidade dos serviços de assistência farmacêutica prestados.

Métodos

O estudo de implantação do plano de gerenciamento de risco foi desenvolvido no período de junho a dezembro de 2010, na farmácia hospitalar de um hospital público, de grande porte, geral com especialidades e de atenção terciária. Baseado nos processos propostos por Pavan e Hernandez (2009) e na aplicação de ferramentas de gestão para qualidade, foi elaborado o plano de gerenciamento de riscos na farmácia hospitalar conforme o processo de construção demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1. Processo de construção do plano de gerenciamento de riscos

Fase		Etapa	Ferramenta de gestão para qualidade
1ª	Análise de cenário	Análise do fluxograma de processos da farmácia hospitalar	Brainstorming
		Seleção dos processos	Brainstorming
		Identificação dos riscos dos processos selecionados	Diagrama de causa-efeito
2ª	Classificação e análise	Levantamento para cada risco, das causas, ações preventivas, ações mitigatórias e elaboração do plano de ação na farmácia hospitalar	Diagrama de causa-efeito Ferramenta 5W2H
3ª	Priorização e seleção dos riscos de maior impacto	Priorização dos riscos pelos gestores da farmácia hospitalar mediante atribuição de pontuação	GUT
		Seleção dos riscos de maior impacto nos processos para segurança do paciente	GUT
4ª	Controle dos riscos	Monitoramento dos riscos selecionados	Indicadores de desempenho Meta SMART

O processo de construção do plano de gerenciamento de riscos da farmácia hospitalar contempla quatro fases, sendo:

Análise de Cenário

Na fase de análise do cenário, foi efetuada a revisão do fluxograma dos processos da farmácia hospitalar. Em seguida, foram selecionados os principais processos, utilizando a ferramenta “*Brainstorming*”, que conforme Mata-Lima (2007) tem a finalidade de estimular a equipe envolvida a produzir ideias e soluções para as questões existentes de maneira rápida e direta. Posteriormente, para identificação dos riscos dos processos selecionados, foi utilizado o diagrama de causa-efeito ou Diagrama de Ishikawa (nome do seu idealizador), ferramenta empregada na busca da origem das não conformidades e suas interligações em um processo, permitindo estruturar as causas de um determinado problema ou oportunidade de melhoria (MATOS, 2004).

Classificação e análise

Para as fases de classificação e análise foram levantadas para cada risco do processo as causas, ações preventivas e mitigatórias, e elaborado um plano de ação. Isto é, caso o evento ocorra é necessário assegurar medidas para minimizar suas conseqüências. Para cada risco fez-se o levantamento das causas, das ações preventivas e mitigatórias utilizando o diagrama de causa-efeito. Para elaboração do plano de ação foi aplicada a ferramenta 5W2H (o que, como, com quem, por que, quando, onde e quanto custa), instrumento importante para a sistematização da execução de um plano de ação (CIPRIANO et al 2009).

Priorização e seleção dos riscos de maior impacto

Na fase de priorização e seleção dos riscos de maior impacto foi utilizada a ferramenta GUT pelos nove farmacêuticos gestores. A ferramenta GUT leva em consideração a **Gravidade** (as conseqüências e impactos resultantes da permanência das falhas), **Urgência** (tempo disponível para solucionar o problema) e **Tendência** (progressão, ou seja, qual evolução o problema terá) (CIPRIANO et al., 2009). Para utilizar a ferramenta GUT, é necessário que sejam atribuídos valores de 1 a 5 para Gravidade, Urgência e Tendência, conforme ilustra o Quadro 2. Dessa forma, esses valores são multiplicados e os riscos com maior valor referente ao GUT, são considerados prioritários.

Quadro 2: Ferramenta GUT (Adaptado de CIPRIANO et al, 2009)

Valor	G Gravidade: conseqüência se nada for feito	U Urgência: prazo para de decisão	T Tendência: proporção do problema no futuro	G x U x T (prioridade)
5	Os prejuízos são extremamente graves	É necessária uma ação imediata	Se nada for feito o agravamento da situação será imediato	125
4	Muito grave	Com alguma urgência	Vai piorar a curto prazo	64
3	Grave	O mais cedo possível	Vai piorar a médio prazo	27
2	Pouco grave	Pode esperar um pouco	Vai piorar a longo prazo	8
1	Sem gravidade	Não tem pressa	Não vai piorar	1

Controle dos riscos

De acordo com Pavan e Hernandez (2009), esta fase é um meio de obter controle efetivo dos riscos, aprimorando o gerenciamento de eventos ou fatores que podem gerar danos. Este controle é realizado pelo monitoramento dos riscos por meio de indicadores de desempenho, com o estabelecimento de meta. Nesta fase foram realizadas as seguintes ações:

Definiram-se metas para o controle dos riscos, a partir da ferramenta “Meta SMART” (DEITOS & SILVA, 2005);

Utilizou-se para elaboração do indicador de desempenho a ficha técnica proposta por Cipriano (2009).

Resultados

Dentre os processos da farmácia hospitalar, foram priorizados os 10 riscos que obtiveram maior pontuação pela ferramenta GUT (Quadro 3). O risco “erro de separação de medicamentos”, do processo de distribuição de medicamentos de maior pontuação foi escolhido como exemplo para demonstrar a construção do plano de gerenciamento de riscos (Quadro 4).

Quadro 3. Processos e seus respectivos riscos de maior relevância da farmácia hospitalar.

Processo	Risco	Priorização
Dispensação	Erro na separação de medicamentos	1
Programação / aquisição	Falta de medicamentos e insumos farmacêuticos	2
Manipulação	Produto manipulado não-conforme	3
Armazenamento	Comprometimento da qualidade do produto	4
Distribuição/Expedição	Distribuir produtos não-conforme (produto trocado, quantidade errada, transporte inadequado de termolábeis , não cumprir prazo de entrega, produto vencido)	5
Preparação (NE, E e AC)	Produto fabricado não-conforme (acabamento, preparação não-estéreis e estéreis)	6
Recebimento	Recebimento de produtos não-conforme com os requisitos (material errado, quantidade, nota fiscal, temperatura...)	7
Atenção Farmacêutica ao paciente internado e ambulatorial	Intervenção farmacêutica inadequada	8
Controle da Qualidade	Resultado de análise não-fidedigno	9
Farmacovigilância	Não detectar eventos adversos a medicamentos e insumos (queixa técnica, reação adversa e erro com medicamentos)	10

NE: não estéreis, E:estéreis e AC: acabamento

A Figura 1 demonstra o resultado da aplicação do diagrama de causa-efeito para o levantamento das causas do risco “erros de separação de medicamentos”.



Figura 1. Diagrama de causa-efeito – Causas de erros de separação de medicamentos

Elaboraram-se indicadores de desempenho para o monitoramento dos riscos, conforme demonstrado na Ficha técnica do indicador “Taxa de erro de separação de medicamentos” (Quadro 5).

Conclusões

Evidenciou-se que a construção de um plano de gerenciamento de riscos para processos da farmácia hospitalar de forma sistematizada, é de fundamental importância para identificação, prevenção e mitigação dos potenciais riscos que podem levar a danos de diferentes gravidades aos pacientes.

Quadro 4. Plano de gerenciamento de risco para o processo de distribuição de medicamentos

Processo	Risco	Causas	Ações Preventivas	Ações Mitigatórias	Planos de ação
Distribuição de medicamentos	Erro na separação de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> Falha na triagem da transcrição médica; Falha na conferência de medicamentos separados; Não cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento (local adequado, identificação, luz, temperatura, organização/sistema, empilhamento, umidade); Similaridade de nomes e embalagens; Falta de um sistema por códigos de barras; Semelhança entre os medicamentos unitarizados; Falta de treinamento dos funcionários; Falta de equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Monitoramento do cumprimento das Boas Práticas de Armazenamento (identificação, luz, temperatura, organização/sistema, empilhamento, umidade); Monitoramento do procedimento de conferência das prescrições; Identificação dos medicamentos por código de barras 	<ul style="list-style-type: none"> Informação do erro; Recolhimento; Atendimento correto do medicamento; Acompanhamento da ocorrência. 	<ul style="list-style-type: none"> Implantar sistema de diferenciação de especialidades farmacêuticas com apresentação semelhante; Implantar sistema de distribuição de medicamento por código de barras; Implantar processo de controle de validade sistemático e efetivo no estoque de medicamentos da assistência farmacêutica à internação; Inserir conferência de separação de medicamentos no processo de distribuição de medicamentos por dose individualizada; Elaborar cronograma de treinamento dos funcionários.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. ANVISA. Resolução - RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, Publicada no DOU Nº 17 seção 01, de 26/01/2010.
- BRÁSILIA. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência farmacêutica no Brasil: um componente essencial do sistema de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2001. 20p. (Caderno CONASS, n.7).
- CIPRIANO SL. Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na Farmácia Hospitalar com foco na comparabilidade. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.
- CIPRIANO SL et al. Estratégias e Ferramentas de Gestão para Qualidade e Resultados. 'In' NOVAES et al. **Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e serviços de Saúde**. São Paulo: Vide o Verso, 2009.
- DEITOS, DM; SILVA MT. Indicadores de Qualidade. In: FERRACINI, FT; BORGES FILHO, WM. **Prática Farmacêutica no Ambiente Hospitalar: do Planejamento à Realização**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- Feldman, LB. **Gestão de Risco e Segurança Hospitalar: Prevenção de danos ao paciente, Notificação, Auditoria de risco, Aplicabilidade de Ferramentas**. 2ª Edição. São Paulo: Ed. Martinari, 2009. p.25-29, 169-185, 278-281.
- GEROLIN FSF; SANTORO CM. Gerenciamento de risco no Hospital Alemão Oswaldo Cruz – HAOC. "In": FELDMAN, LB. **Gestão de risco e segurança hospitalar**. São Paulo: Martinari, 2008.
- KUWABARA, CCT. Gerenciamento de risco em tecnovigilância: aplicação dos conceitos Seis Sigma e técnica Delphi para o desenvolvimento e validação de instrumento de avaliação de material médico-hospitalar. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Ribeirão Preto, 2009. Pg 37-39.
- MARIN, MLM. Modelagem e implantação de sistema de informações para monitorar custo de produção dos produtos fabricados pela Farmácia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo São Paulo, 2004. 214 p. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Farmacêuticas - Universidade de São Paulo.
- MATA-LIMA, H. **Aplicação de Ferramentas da Gestão da Qualidade e Ambiente na Resolução de Problemas**. Apontamentos da Disciplina de Sustentabilidade e Impactos Ambientais. Universidade da Madeira, Portugal, 2007.
- MATOS, RB. **Indicadores de desempenho para o beneficiamento de Madeira Serrada em empresas de pequeno porte**. Dissertação de Mestrado – Escola Superior de Agricultura da Universidade de São Paulo. Piracicaba, 2004.
- MATTHEWS, THJ; HALL, DMB. Audit and risk management in community child health. **Arch Dis Child**, 2002; 87: p.87-90.
- PAVAN, P.; HERNANDEZ, A.L. Gerenciamento de risco na interface com as áreas hospitalares. In: Feldman LF. **Gestão de risco e segurança hospitalar: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas e monitoramento**. São Paulo: Martinari. 2 ed. 2009, p.169.

Quadro 5. Ficha técnica do indicador “Taxa de erro de separação de Medicamentos” (Adaptado de CIPRIANO, 2009).

NOME DO INDICADOR:	Taxa de Erro de Separação de Medicamentos	SIGLA: TESM
OBJETIVO:	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de separação de medicamentos para atendimento ao paciente internado.	
FÓRMULA:	$\frac{\text{Número de itens separados incorretamente}}{\text{Número de itens solicitados no período}} \times 100$	TIPO: TAXA
ATIVIDADE: Distribuição e dispensação de Medicamentos	META: 100% das receitas	
ÁREA OU SERVIÇO RELACIONADO: Farmácia Hospitalar – Assistência Farmacêutica ao Paciente Internado		
M É T O D O	EXPLICAÇÃO DA FÓRMULA: Número de itens separados incorretamente: são itens de medicamentos em discordância com a prescrição médica, verificados antes da entrega à enfermagem. Não são erros de separação os itens em falta no estoque, itens substituídos por similar e adequação de apresentação (dosagem e forma farmacêutica).	
	Número de itens solicitados no período: todos os itens de medicamentos solicitados na prescrição médica e que devem ser separados, conforme rotina do hospital.	
	FONTE DE INFORMAÇÃO: Prescrição médica (eletrônica, transcrita ou manual).	
	AMOSTRA: 100% das prescrições das unidades de internação atendidas.	
	COLETA DE DADOS: Elaborar planilha para registro das discordâncias e número total de itens prescritos ou emitir relatório informatizado com base na Prescrição médica (eletrônica, transcrita ou manual). Totalizar os dados. Aplicar a fórmula.	
FREQÜÊNCIA: Mensal		
RESPONSÁVEL: Farmacêutico	REVISÃO: 00	DATA: 01/11/2010

Indicadores Assistenciais

P_28_2011 - Desenvolvimento e Implantação do Score de Disfagia para Atendimento Domiciliar

Barbara Regina Otranto Papais Xavier, Luciene Giusti, Ana Elisa Alvares Correa de Siqueira

Resumo: Em nosso serviço de atendimento domiciliar percebemos a necessidade de uma escala de evolução fonoaudiológica voltada para as características dos pacientes em nosso atendimento. Foi criada uma ferramenta que classificou e mensurou a evolução fonoaudiológica. Observamos que 56% dos pacientes apresentam score de prognóstico favorável para reabilitação fonoaudiológica são atendidos 3x semana; 14% dos pacientes com score não favorável atendidos 1x semana, 30% dos pacientes apresentam score de manutenção, atendidos 2x semana; Também 32% apresentaram melhora, 16% piora e 51% mantiveram o score. Destes com alteração de score 39% tiveram alteração da programação dos atendimentos fonoaudiológicos.

Palavras chave: Atendimento Domiciliar, Disfagia, Score, Deglutição, Fonoaudiologia

INTRODUÇÃO:

O atendimento domiciliar é uma modalidade de assistência, também conhecida como “*home care*” (do inglês, cuidado do lar) que pode ser definida segundo CARLETI (1996) como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde.⁵

As primeiras atividades domiciliares desenvolvidas no Brasil aconteceram no século XX, em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro.⁷

Segundo MENDES (2001) foi um serviço criado para atender basicamente pacientes com doenças crônicas que pudessem ser acompanhados no domicílio, convalescentes que não necessitassem de cuidados diários de médicos e enfermeiros, portadores de enfermidades que exigiam repouso.⁹

Autores como ANDREOTTI & FERNANDES (1994) mencionam sobre as vantagens do atendimento domiciliar como: satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar, redução de custos, em conjunto com assistência mais humanizada, que proporcione melhor qualidade de vida, principalmente a pacientes crônicos, terminais e idosos.³

No cenário da saúde, estima-se que os hospitais de primeira linha do País tenham cerca de 10% de seus leitos ocupados por pacientes crônicos residentes. O cenário tende a se agravar com os avanços da medicina e da longevidade. É um desafio que precisa ser enfrentado, e todos têm de estar preparados para assumir suas responsabilidades, cientes da probabilidade cada vez maior de ter um doente crônico na família. É preciso criar novos paradigmas. Acredita-se que o paciente crônico estará melhor em casa, perto da família e com apoio de assistência domiciliar ou, se for o caso, em uma instituição de longa permanência. Os sistemas e planos de saúde evitarão custos desnecessários se buscarem caminhos que favoreçam alternativas de assistência adequadas. E os hospitais que hoje têm parte de suas estruturas e tecnologias mais sofisticadas sendo subutilizadas, ampliarão as vagas para atender os pacientes que delas realmente necessitam.¹¹

Em 2008 o Conselho Federal de Fonoaudiologia dispôs sobre a assistência fonoaudiológica domiciliar que o atendimento fonoaudiológico domiciliar deve ser realizado por fonoaudiólogos, com experiência principalmente em atendimento à pacientes portadores de Disfagia Orofaringea, fatores desencadeantes desta patologia, características do envelhecimento e processo Anátomo Fisiológico da Deglutição. Segundo ASHA (*American Speech-Language-Hearing Association* 2001-2002) O fonoaudiólogo ingressa na equipe atuando de forma multi e interdisciplinar, com o objetivo de prevenir e reduzir complicações, a partir do gerenciamento da deglutição e da comunicação, de maneira segura e eficaz. ¹ Acredita-se que a elaboração de protocolos que norteiem a atuação fonoaudiológica vem ao encontro destas questões, visando garantir a qualidade do que está sendo oferecido aos pacientes, além de permitir a aplicação do conceito de atuação baseada em evidências, conforme descrição de APEL (2003). ⁴

ASHA (2007) refere que a disfagia é um distúrbio da deglutição decorrente de causas neurológicas e/ou estruturais (4). Esta patologia pode ser decorrente de traumas de cabeça e pescoço, de acidente vascular encefálico, de doenças neuromusculares degenerativas, de câncer de cabeça e pescoço, de demências e encefalopatias. A disfagia mais frequentemente reflete problemas envolvendo a cavidade oral, faringe, esôfago ou transição esofagogástrica. A disfagia ou dificuldade na deglutição pode resultar na entrada de alimento na via aérea, resultando em tosse, sufocação/asfixia, problemas pulmonares e aspiração.

Também pode gerar déficits nutricionais, desidratação com resultado em perda de peso, pneumonia e morte. ²

Habitualmente em avaliações e evoluções fonoaudiológicas de atendimento domiciliar a disfagia é avaliada baseada na escala de O'Neil ET all (1999) ¹⁰ e Furkim (1999) ⁸ pelo grau de severidade e/ou e na escala FOIS ⁶ que determina a liberação ou não da dieta via oral e consistência do alimento.

De acordo com as tabelas validadas as disfagias ^{8,10} podem ser classificada como:

- Disfagia leve: quando o controle oral é incoordenado e a ejeção oral é lenta, sem sinais sugestivos de penetração laríngea ou aspiração.
- Disfagia moderada: quando o controle e a ejeção oral do bolo alimentar estão lentos, com sinais sugestivos de penetração laríngea e aspiração.
- Disfagia grave: quando há presença de aspiração substancial e ausência ou falha na deglutição completa do bolo alimentar.

A Escala de ingestão funcional por via oral (FOIS) ⁶ classifica a ingesta /liberação de dieta em:

- Nível 1: nada via oral.
- Nível 2: dependente de tubo de alimentação com mínima oferta de alimentação VO.
- Nível 3: dependente de tubo de alimentação com ingesta oral constante de alimento ou líquido – oferta de dieta VO parcial.
- Nível 4: dieta via oral total com apenas uma consistência.
- Nível 5: dieta via oral total com múltiplas consistências, mas necessita de preparação especial ou compensações.
- Nível 6: dieta via oral total com consistências múltiplas sem preparação especial, mas com limitações específicas de alimento.
- Nível 7: dieta via oral total sem restrições.

Diante das escalas disponíveis observamos em nosso serviço a necessidade de uma escala mais abrangente voltada para as características dos pacientes em atendimento que contemplasse também a deglutição de saliva e discretas mudanças na evolução que não poderiam ser contempladas nas tabelas já existentes. No atendimento domiciliar há muitos pacientes crônicos onde o objetivo muitas vezes é o gerenciamento de saliva e secreções; Prevenção de deformidades faciais devido ao quadro neurológico do paciente, nestes casos pequenas melhoras como aumento da frequência de deglutição de saliva e movimentações da musculatura orofacial podem representar grandes ganhos aos pacientes com este perfil.

Atualmente as tabelas de classificação de Disfagia utilizadas no atendimento fonoaudiológico não contemplam todas as evoluções que encontramos principalmente em pacientes crônicos, relacionados aos objetivos terapêuticos fonoaudiológicos do atendimento domiciliar, como evitar agravamento de quadros de broncoaspiração por aspiração salivar, evitar reinternações e principalmente a manutenção da qualidade de vida. Por esta razão o setor de Fonoaudiologia da Hospitalar Santa Celina decidiu pela criação de uma escala de Severidade das Disfagias em Atendimento Domiciliar baseada nas características dos pacientes e nas tabelas já existentes, que evidenciasse a evolução ou piora dos quadros, considerando o perfil dos pacientes.

MÉTODO:

Iniciamos com levantamento bibliográfico dos scores e tabelas de classificação de disfagia utilizadas nos diversos serviços de saúde;

Foi definido Novo Score com a escala de 0 a 6 pontos onde:

Score 6 Deglutição Funcional: de Saliva e alimentos e a conduta seria de orientação/Monitoramento/ Alta com Indicação da frequência de Terapia 1x semana

Score 5 Disfagia Leve I: Deglutição Funcional de Saliva e alimentação via oral exclusiva com consistência adaptada; Sinais assistemáticos de permeação laríngea com clareamento após manobra, a conduta seria de Terapia/Orientação/Monitoramento/ Alta com indicação da frequência de terapia 1 à 2x semana

Score 4 Disfagia Leve II: Deglutição Funcional de Saliva e alimentação via oral + via alternativa de alimentação com consistência adaptada; Sinais assistemáticos de permeação laríngea com clareamento após manobra com via alternativa de alimentação, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação com indicação de frequência: Terapia 2x semana

Score 3 Disfagia Moderada: Sinais de permeação/aspiração laríngea de saliva e alimentos; Melhora com manobra e intervenção. Via oral/ Via alternativa de alimentação, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 2x a 3x semana

Score 2 Disfagia Grave I: Permeação/Aspiração laríngea de saliva via alternativa de alimentação e Treino Via oral, Redução da frequência de deglutição de saliva, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 2x a 3x semana

Score 1 Disfagia Grave II: Permeação/Aspiração laríngea de saliva via alternativa de alimentação e Sem treino Via oral, Redução da frequência de deglutição de saliva, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 1x semana, Reavaliar em 12 semanas

Score 0 Disfagia Grave III: Permeação/Aspiração laríngea de saliva via alternativa de alimentação e Sem treino Via oral, Ausência de Deglutição, Conduta: Terapia Fonoaudiológica/ Monitoramento/ Reavaliação, Frequência: Terapia 1x semana por 4 semanas se não houver melhora do score alta fonoaudiológica.

Realizamos o levantamento atual do perfil dos pacientes em atendimento domiciliar na empresa onde atualmente 42% dos pacientes atendidos pela empresa encontram-se em acompanhamento fonoaudiológico. Destes as principais patologias de base eram: Pós-AVE: 24%; demências: 17% e complicações pulmonares: 18%. A idade média era de 60 anos e 51% dos pacientes eram do sexo masculino.

Houve treinamento de toda a equipe assistencial de fonoaudiologia para aplicação do score em Agosto de 2010.

Elencamos 72 pacientes em atendimento fonoaudiológico na assistência domiciliar para definição e validação de um novo score de Agosto à Novembro de 2010. Treinamento da equipe de fonoaudiologia para correta utilização e padronização do score.

Foram analisados os relatórios evolutivos destes pacientes seguindo os critérios: Hipótese Diagnóstica dos pacientes em fonoterapia, prognóstico do paciente, grau de disfagia e evolução do período. Em segundo momento os scores existentes foram planilhados para análise da evolução dos pacientes e o planejamento terapêutico realizado. Após iniciada a aplicação, foi realizada pela coordenação de fonoaudiologia a auditoria de pacientes na residência x score aplicado.

Criação e monitoramento por 12 meses de um grupo controle 72 pacientes avaliados mensalmente.

OBJETIVOS:

Criação de uma ferramenta que auxilie a mensurar a evolução fonoaudiológica dos pacientes em atendimento domiciliar.
Alinhamento adequado do plano terapêutico fonoaudiológico e seu score.

RESULTADOS:

Após a implantação dos Scores identificamos que:

56% dos pacientes em acompanhamento fonoaudiológico apresentam score com prognóstico fonoaudiológico favorável, moda de atendimento aumentada para a frequência de atendimento de 3x semana,

14% destes pacientes apresentam score com prognóstico fonoaudiológico não favorável e a moda de atendimento é mantida na frequência de 1x semana,

30% dos pacientes apresentam score de manutenção, moda de frequência de atendimento 2x semana, moda mantida pela necessidade de orientação e gerenciamento da função da deglutição dos pacientes em acompanhamento,

Do grupo controle de 12 meses com 72 pacientes avaliados mensalmente:

32% apresentaram melhora do score de disfagia

16% piora do score de disfagia

51% mantiveram o score de disfagia

39% destes pacientes com alteração de score realizaram alteração da programação dos atendimentos fonoaudiológicos.

Houve adequação da programação aumentando-a para 3x semana no grupo de pacientes classificados em score com prognóstico favorável

A moda do planejamento terapêutico adequado seguindo as considerações e orientações do score foram:

Grupo de Reabilitação: Aumento de 2x para 3x semana, grupo mais alterado após aplicação adequada do score

Grupo Manutenção: 1x semana

Grupo Orientação e Gerenciamento: 2 x semana

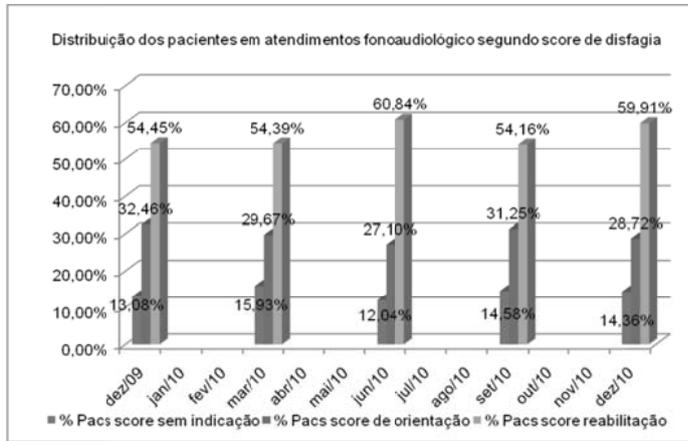


GRÁFICO 1: Distribuição dos pacientes em atendimentos fonoaudiológico segundo score de disfagia

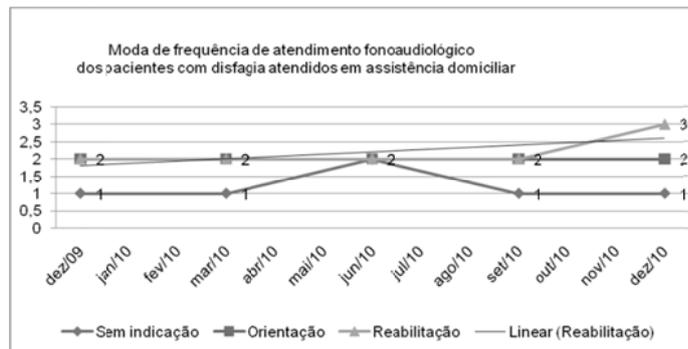


GRÁFICO 2: Moda de frequência de atendimento fonoaudiológico dos pacientes com disfagia atendidos em assistência domiciliar. Frequencia em X semana

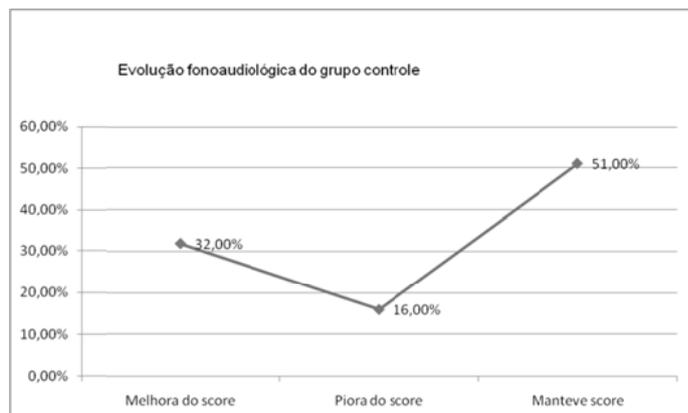


GRÁFICO 3: Evolução fonoaudiológica do grupo controle

CONCLUSÃO:

Após implantação e utilização da nova ferramenta mensurada pelo score pudemos observar a adequação da programação no grupo de pacientes classificados em score com prognóstico favorável, aumentando-a de 2x para 3x semana.

A partir da criação e análise quali/quantitativa foi possível acompanhar cada paciente e sua evolução frente ao atendimento fonoaudiológico e prognóstico do paciente, readequando assim a programação terapêutica quando indicado bem como a reorientação da técnica utilizada depois de discutido com a equipe multidisciplinar quando necessário.

O monitoramento mensal dos pacientes, utilização de protocolos assistenciais validados, registro e aplicação adequada do score são de extrema importância para avaliar a qualidade do serviço prestado e realizar a melhoria contínua da assistência, focando sempre no atendimento baseado em evidências.

Os resultados favoráveis ao aumento de número de sessões no grupo de pacientes classificados no grupo Reabilitação também permite mostrarmos aos pacientes e clientes (convênios) a evolução e melhora dos pacientes, justificando a frequência maior destes atendimentos bem como redução da frequência de atendimentos dos pacientes em monitoramento, onde temos pacientes que tem grandes riscos para broncoaspiração pelo seu quadro clínico de base e precisam ser monitorados por um tempo prolongado, nestes podemos notar redução do risco de BCP's aspirativas pelo acompanhamento fonoaudiológico bem como o grupo de pacientes com prognóstico desfavorável se beneficia do atendimento fonoaudiológico através de uma reduzida frequência de atendimento que é voltada aos cuidadores para ações de orientação como higienização oral, posicionamento durante e após a dieta e exercícios passivos através da terapia indireta da deglutição buscando alguma movimentação da musculatura orofacial e quando possível episódios de deglutição de saliva, justificando também o atendimento à pacientes com prognóstico reservado.

Referências

1. American Speech-Language-Hearing Association. Roles of speechlanguage pathologists in swallowing and feeding disorders: technical report. ASHA Desk Reference. 2002;3:181-99.
2. American Speech-Language-Hearing Association. Model Medical Review Guidelines for Dysphagia Service, [monograph on the Internet 2004
3. Andreoni S, Silva SH, Fernandes RAQ. Programa de assistência domiciliar do Hospital Universitário de São Paulo. Rev Med HU-USP 1994;4:77-85.
4. Apel K, Self T. Evidence-based practice: the marriage of research and clinical services. The Asha Leader Online , 2003 Sept 9
5. Carleti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliar ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo (SP):Atheneu; 1996.
6. Crary MA, Mann GD, Groher ME. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. Arch Phys Med Rehab. 2005 Aug; 86(8):1516-20.
7. Cunha ICKO. Organização de serviços de assistência domiciliar de enfermagem. . São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1991.
8. Furkim AM, Silva RG. Programas de reabilitação em disfagia neurogênica. São Paulo: Frontis; 1999.
9. Mendes W. Home Care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro (RJ): UERJ; UnATI; 2001
10. O Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. Dysphagia. 1999;14(3):139-45
11. Sabate E, Ed . Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, Worl Health Organization, 2003

Indicadores Assistenciais**P_30_2011 - Referência e Contra Referência: Case ICESP: 1 ano de Central de Regulação**

Kaio Jia Bin, Paula Verزارo dos Santos, Marcos Fumio Koyama

Resumo: Um dos principais pontos críticos para o sucesso do SUS nos hospitais de alta complexidade, é a referência de pacientes da rede básica com indicação adequada de tratamento de alta complexidade, e sua contra-referência destes mesmos pacientes de volta à básica de saúde, para acompanhamento de doença de base quando terminado o tratamento da sua doença mais complexa. A Central de Regulação do ICESP da FMUSP, trabalhando em conjunto com a SES de São Paulo, iniciou um trabalho de referenciamento de pacientes oncológicos desde Abril de 2009, e em Fevereiro de 2010, inaugurou também o processo de contra-referenciamento de pacientes tratados em câncer urológico para a rede básica de saúde.

Palavras-chave: Referência e contra-referência, paciente oncológico, regulação

Introdução

Um dos principais pontos críticos para o sucesso do Sistema Único de Saúde (SUS) nos hospitais de alta complexidade, é a referência de pacientes da rede básica com indicação adequada de tratamento de alta complexidade, e sua contra-referência destes mesmos pacientes de volta à básica de saúde, para acompanhamento de doença de base quando terminado o tratamento da sua doença mais complexa.

A Central de Regulação do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo da Faculdade de

Medicina da USP (ICESP/FMUSP), trabalhando em conjunto com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES), iniciou um trabalho de referenciamento de pacientes oncológicos desde Abril de 2009, e em Fevereiro de 2010, inaugurou também o processo de contra-referenciamento de pacientes tratados em câncer urológico para a rede básica de saúde.

Entre Fevereiro/10 a Dezembro/10 foram referenciados para Equipe Cirúrgica da Urologia ICESP/FMUSP, um total de **2.032** pacientes (633 pacientes pela rede SUS e 1.399 pelas diversas unidades hospitalares do Complexo Hospital das Clínicas da FMUSP). E no mesmo período, foram efetivamente contra-referenciados pela mesma equipe, 218 pacientes tratados de câncer urológico, resultando em um percentual de **10,7% do total de pacientes**.

Objetivo da Central de Regulação

Oferecer acolhimento e **atendimento humanizado** aos pacientes novos que tenham elegibilidade aos critérios de encaminhamento ao ICESP num cenário de escassez de recursos públicos para proporcionar atendimento terciário de alta complexidade.

Padronizar os fluxos solicitação de encaminhamento de pacientes pela rede SUS, que permitam a melhor otimização de recursos humanos e físicos limitados em **oncologia**.

Prorizar os casos de pacientes com uso de protocolos clínicos padronizados, que tenham o **diagnóstico confirmado de câncer maligno** (diagnóstico histo-patológico) ou com forte suspeita clínica ou de imagem (diagnóstico sintômico e anatômico).

Melhorar o **ambiente de trabalho** da nossa equipe assistencial, oferecendo condições para concentrar esforços prioritariamente na assistência ao doente necessitado, evitando tarefas burocráticas e otimizando o trabalho da equipe multiprofissional.

Histórico da Central de Regulação

A Central de Regulação surgiu da idéia de criar um modelo de referência de serviço dentro da rede SUS, logo com o início de atividades do ICESP/FMUSP. Nos primórdios da inauguração do hospital, devido a expansão gradual de serviços diagnósticos e terapêuticos oferecidos, e a migração parcial das diversas especialidades clínicas em oncologia do Complexo HCFMUSP, as negociações de referência e contra referência com a SES foram bastante tímidas.

Os primeiros pacientes referenciados oficialmente através de acordo entre ICESP/FMUSP e SES, foram oriundos do Hospital das Clínicas Luzia Pinheiro Melo, de Mogi das Cruzes, no dia 20 de Abril de 2009 (data adotada pela Central de Regulação como aniversário de atividades do mesmo).

Em Junho de 2009, a Central de Regulação, sob uma nova gestão, sofreu mudanças no seu formato de trabalho, o mesmo aplicado até hoje, e descrito neste presente trabalho.

Em Julho de 2009, iniciou-se pelo "AME Heliópolis", o fluxo de referência de pacientes dos Ambulatórios Médicos de Especialidade (AMEs) ao ICESP/FMUSP, até então, basicamente oriunda apenas de Hospitais Estaduais de nível secundário.

Em Fevereiro de 2010, iniciou-se a contra-referência de pacientes tratados de câncer de próstata para rede básica (UBS), e no mês subsequente, iniciou-se referência e contra-referência de pacientes para serviços de Regulação Municipais diretamente com a Central de Regulação através da SES.

Modelo de Funcionamento

Os princípios do SUS da Lei 8.080 são a base para o modelo de funcionamento de referência e contra referência da Central de Regulação.

Princípios Ideológicos (doutrinários):

- Universalidade
- Integralidade
- Equidade

Princípios Organizacionais

- Participação da comunidade
- Descentralização político-administrativa
- Hierarquização e regionalização

Participantes do processo de referência e contra referência:

- a) *Central de Regulação*: responsável pelo recebimento de todos os pedidos de atendimentos encaminhados ao ICESP, e pelo cadastramento dos pacientes no sistema de informação hospitalar (SIH). Sem o cadastro, o usuário não pode ser atendido no ICESP, uma vez o mesmo não dispõe de atendimento não agendado.
- b) *Gestão de Relacionamento*: responsável pelo contato com paciente para marcação da consulta após aprovação da sua inclusão de tratamento no ICESP
- c) *Equipe Médica de Avaliação*: responsável pela análise dos documentos encaminhados nos pedidos, e identificar melhor grupo de especialistas para tratamento
- d) *Serviço Social (ICESP)*: responsável pela contra-referência dos pacientes ICESP para serviços da rede.
- e) *Secretaria Estadual de Saúde (SES)*: responsável pela intermediação de todos os acordos de referência e contra referência do ICESP com a rede SUS (serviços estaduais, municipais ou de outras esferas).

Premissas:

Central de Regulação não atende pacientes diretamente, usuários interessados nos serviços do ICESP devem procurar um serviço de saúde público mais próximo da sua residência.

Central de Regulação não recebe pedidos oriundos de serviços privados de saúde, pois ICESP atende somente pacientes oriundos de serviços públicos, uma vez que a sua contra referência é premissa para referência, e ICESP não contra referenciar o paciente para um consultório privado, por exemplo.

Todos os serviços que referenciam paciente ao ICESP devem aceitar contra referência dos pacientes já tratados pelo ICESP.

Central de Regulação somente recebe pedidos de atendimento de serviços públicos indicados pela SES.

Todos os serviços interessados em referenciar pacientes ao ICESP devem procurar a SES. A Central de Regulação do ICESP não faz acordos com outros serviços públicos sem conhecimento da SES.

Credenciamento:

Mensalmente a SES e Central de Regulação se reúnem para discutir sobre assuntos diversos da operação. E quando há novos serviços públicos de referência e contra referência, representantes do mesmo, são convidados para participar da reunião mensal, onde são expostos os princípios de SUS que a Central de Regulação segue e o fluxograma de trabalho da Central.

Uma vez entendido e aceito os critérios de inclusão e a forma de trabalho da Central de Regulação, o serviço interessado poderá encaminhar os paciente ao ICESP imediatamente. Não há necessidade de formalização em papel.

Documentação Necessária para Solicitação:

- a) Ficha de Solicitação de Acompanhamento ICESP (100% preenchido), contendo informações de identificação do paciente, do serviço solicitante, CID-10, morfologia e estadiamento (quando possui) do tumor, além da escala de performance do paciente
- b) Confirmação diagnóstica por exame histo-patológico (pacientes clínicos) ou alta suspeita clínica ou de imagem (pacientes cirúrgicos)

Fluxo de Solicitação (Referência):

- Serviço Solicitante encaminha documentação necessária via e-mail ou fax para Central de Regulação.
- Central de Regulação valida conteúdo da documentação e encaminha a Equipe Médica para avaliação clínica.
- Equipe Médica retorna a documentação com aval para Central de Regulação.
- Central de Regulação encaminha os casos aceitos para Gestão de Relacionamento para prosseguir agendamento.
- Central de Regulação encaminha os casos inaptos de volta para Serviço Solicitante.

Fluxo de Contra-Referência (para pacientes de câncer de próstata):

- Critério de Alta para paciente tratado de Câncer de Próstata: Paciente operado sem necessidade de complementação terapêutica.
- Documentação Necessária para Contra-Referência (acordado com a Rede): Resumo de Alta com história de tratamento oncológico.
- Orientação de exame de seguimento (PSA anual e USG anual)

Equipe Médica (Urologista) ao identificar um paciente com critério de alta, orienta o paciente quanto ao fim do seu tratamento oncológico e o encaminha para Serviço Social

Serviço Social identifica o serviço procedente do paciente (serviço que o referenciou ao ICESP) ou a Unidade Básica de Saúde mais próximo da residência do paciente, e o encaminha através do formulário padrão de contra-referência

Paciente de posse do Resumo de Alta, Orientação de Exame de Seguimento, e formulário de contra-referência deve procurar a unidade indicada pelo Serviço Social

Resultados de 2010

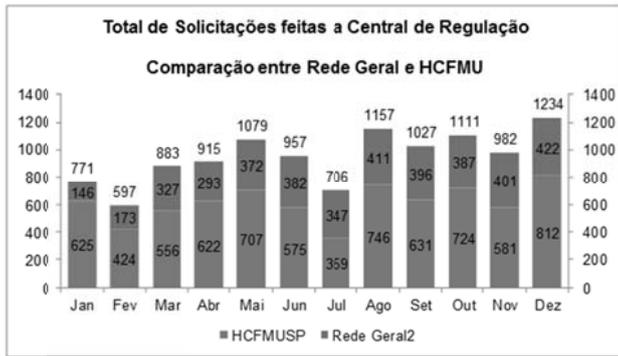


Gráfico 1

Fonte: Sistema TASY e Controle Interno

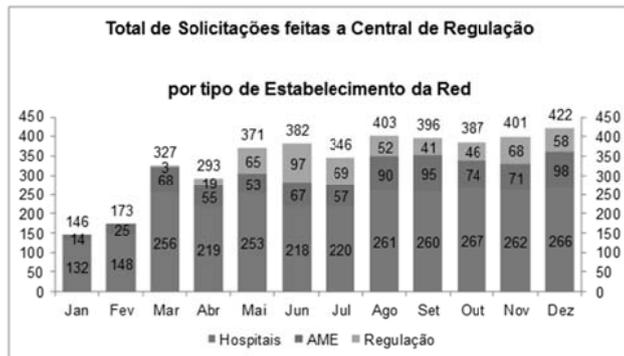


Gráfico 2

Nota: Excluído para esta análise HCFMUSP – Fonte: Controle Interno

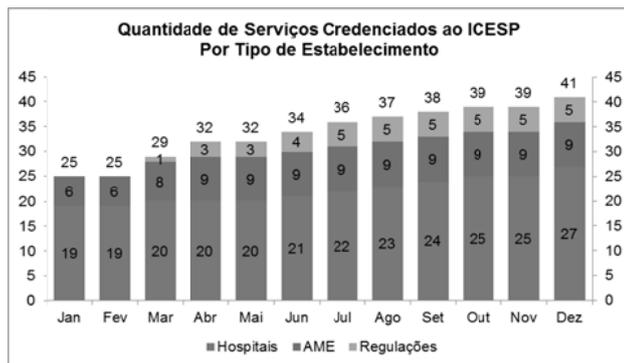


Gráfico 3

Fonte: Controle Interno

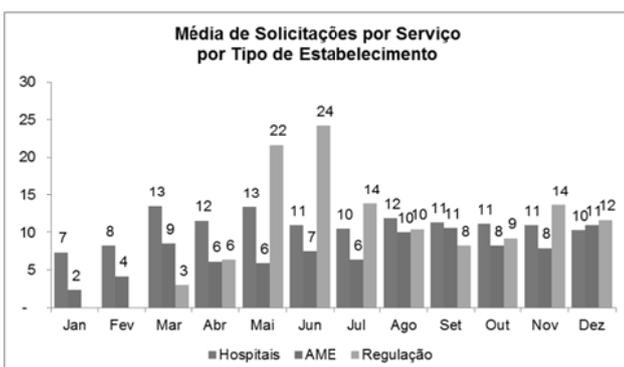


Gráfico 4:

Nota: Excluído as solicitações do HCFMUSP – Fonte: Controle Interno

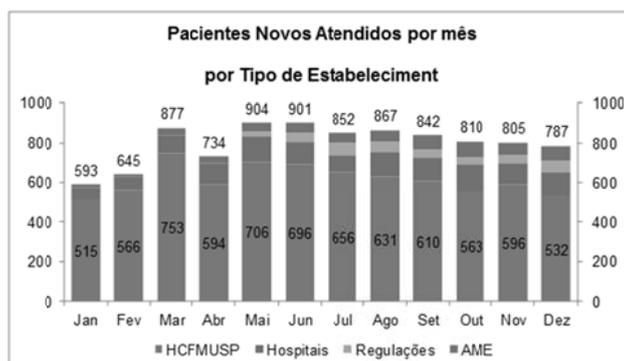


Gráfico 5

Fonte: Sistema TASY

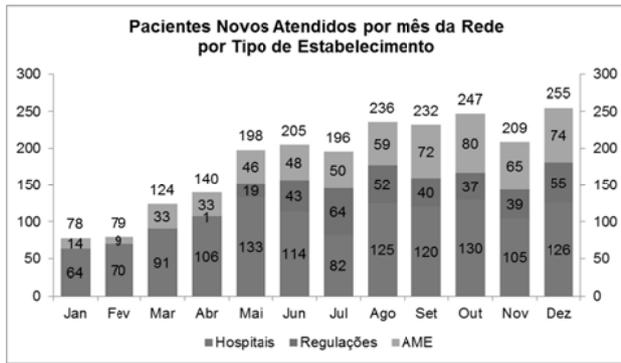


Gráfico 6

Nota: Excluído para esta análise o HCFMUSP – Fonte: Sistema TASY

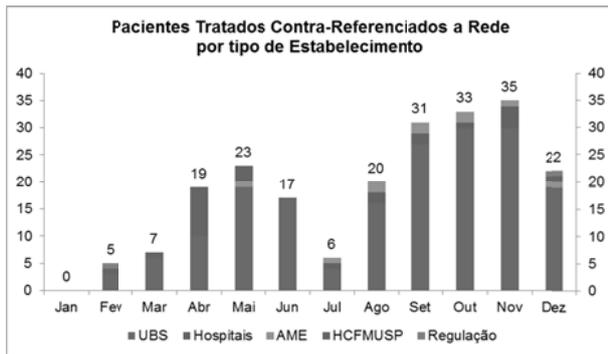


Gráfico 7:

Fonte: Controle de Serviço Social – ICESP

Análise

Central de Regulação do ICESP ainda trabalha com grande número de paciente provindo do complexo HCFMUSP, resultado da migração de referência oncológica do HCFMUSP para ICESP. Observado pelo Gráfico 1, onde cerca de 2/3 das solicitações provém do HCFMUSP.

Analisando somente solicitações vindo diretamente da rede (gráfico 2), verificamos que principal demandante em quantidade, são os hospitais credenciais, responsáveis por 68% de todas as solicitações.

E o número de serviços credenciados também aumento em 2010, passou de 25 para 41 (gráfico 3), tendo como destaque as Regulações Municipais, fazendo valer o sistema de Referência e Contra-Referência entre serviços Municipais e Estaduais.

Outro fenômeno observado ao longo de 2010 é o crescente demanda por unidade dos Ambulatórios Médicos de Especialidade (AME). Superando a demanda dos hospitais (gráfico 4) em média de solicitação por serviço em dezembro.

No gráfico 5, tem-se o numero de pacientes novos atendidos pelo ICESP por mês durante o ano de 2010. Isto é, número de pacientes que nunca tiveram tratamento para Câncer no ICESP. Destaque para o aumento significativo de pacientes novos provenientes da Rede (gráfico 6), sendo 78 em janeiro e 255 em dezembro, um aumento de 3.269%, com uma Taxa de Crescimento Interno Bruto de 11% a.m.

E finalmente no gráfico 6, tem-se o numero de paciente contra-referenciados pelo ICESP a rede por mês em 2010. Isto é, pacientes que foram tratados de Câncer, e que tem condição de fazer o seu acompanhamento clínico na rede básica.

Conclusão

Sistema de Referência e Contra-Referência entre um hospital terciário e rede básica de saúde é uma realidade factível.

O trabalho não pode ser isolado, é necessário envolvimento de todas as partes (serviço solicitante, serviço prestador, órgão governamental, médicos, serviços sociais, etc).

A Central de Regulação ainda está nos primeiros passos desta jornada, e ainda há muitos obstáculos a serem enfrentadas

O fluxo de contra-referência do ICESP ainda está em desenvolvimento. Comparando o número de pacientes novos e número de pacientes contra-referenciados a rede SUS (gráficos 5 e 7) observamos que ainda estamos no início da jornada.

Paralelamente ao trabalho realizado junto com a SES e rede SUS, há também um trabalho com a equipe médica, em conscientizar a importância de contra-referenciar pacientes em condição de tratamento na rede SUS, abrindo novas vagas aos pacientes que tem Câncer.

Qualidade e Segurança

P_31_2011 - Avaliação dos Resultados de Programa de Gerenciamento de Risco Institucional na Assistência Domiciliar

Resumo: O Gerenciamento dos riscos é modelo freqüente nas instituições de saúde, especialmente com o advento das certificações. O presente trabalho teve por objetivo a revisão, ampliação da política de riscos de empresa de Assistência Domiciliar e avaliação das ações implantadas. O projeto extrapolou a esfera assistencial e permeou processos de apoio e administrativos, a fim de contribuir para o crescimento sustentável da organização. Foi desenvolvido com a formação de times multiprofissionais que elencaram, classificaram e definiram ações de tratamento para riscos. Após implantação de 81,6% do programa, as lideranças avaliaram como positivas, com ou sem impacto financeiro 77,5% das ações.

Palavra chave: resultados, gerenciamento de risco, acreditação, qualidade, segurança

INTRODUÇÃO

A palavra risco segundo **BERNSTEIN** (1997) provém do italiano antigo "*risicare*" que significa "*ousar*". Considerando esta semântica, segundo o autor, o risco é uma opção e não um destino.

O **Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - COSO** (1992) que auxilia as empresas e outras organizações a avaliarem e aperfeiçoarem seus sistemas de controle interno conceitua risco como a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que possa impedir ou dificultar o cumprimento dos objetivos estabelecidos. Eles classificam os riscos em internos e externos.

Os riscos internos referem-se àqueles originado na própria estrutura da organização (processos, erros, falhas, fraudes), e/ou eventos susceptíveis à intervenção gerencial, ações voltadas à redução do impacto e/ou redução da frequência e ações pró-ativa que preveniriam danos.

Os riscos externos originam-se fora do ambiente da organização, sem que ela tenha poder de interferência sobre eles. Neste caso as ações são voltadas à redução dos impactos, são ações reativas e de remediação.

Para **MACCRIMMON & WEHRUNG apud STEINER NETO** (1998) a gestão do risco consiste em obter informações adequadas para conhecer melhor a situação de risco e/ou intervir na mesma, tendo como resultado a melhoria da qualidade das decisões nesta situação, com possibilidade de perda ou dano. Para os autores os componentes do risco são: a possibilidade de haver perda ou dano; a possibilidade associada a essa perda e a possibilidade de o decisor agir de forma tal que aumente ou diminua a magnitude ou a probabilidade dessa perda ou dano.

A **International Organization for Standardization- ISO 31000** (2009) admite que fatores internos e externos às organizações geram incertezas e podem comprometer os objetivos estratégicos. Acredita que todas as atividades envolvem riscos e que as organizações devem desenvolver gestão de risco de modo a identificar, analisar, avaliar e definir um critério de ordem satisfatório para o tratamento destes riscos de modo a mitigar eventos que ocasionem perdas.

Os processos de acreditação em saúde no Brasil trouxeram para as organizações de saúde conceitos e práticas de gerenciamento de risco em uma amplitude somente tratada em mercados dos segmentos administrativos financeiros até a década de 1990.

No aspecto assistencial **KOHN; CORRIGAN & DONALDSON** (2000) acreditavam que construir sistemas seguros significa definir processos de cuidados que garantam segurança e prevenção de danos acidentais aos pacientes.

Existe uma preocupação crescente dos profissionais de saúde com a segurança de suas equipes e de seus pacientes no âmbito da assistência.

Não há dúvidas que as ações de gerenciamento de risco assistencial e segurança do paciente devem ser soberanas às demais ações em instituições de saúde, entretanto a política de gestão deve contemplar programas mais amplos preocupando-se em identificar riscos e definir ações mitigatórias também para as áreas administrativas, financeiras, de infra-estrutura, informação, logística, segurança e fornecedores.

Neste sentido, o gerenciamento de riscos abre perspectivas para um controle mais eficiente dos pontos críticos organizacionais, buscando o uso de métodos científicos eficazes e eficientes capazes de minimizar e gerenciar estes riscos, garantindo assim a sustentabilidade destas organizações.

JUSTIFICATIVA

Apesar da Certificação em nível de excelência observamos algumas transformações no nosso ambiente :crescente complexidade do ambiente político, econômico e empresarial; grande velocidade de mudanças no mercado e avanços tecnológicos, necessidade constante de redução de custos, exigências crescentes regulatórias, exigências de clientes e aumento da demanda assistencial. Por todos os motivos relacionados acima, fazia-se necessária uma revisão e ampliação da política de gerenciamento de risco adotada até o momento na empresa, com a finalidade de contribuir para o crescimento sustentável da organização.

OBJETIVO

O presente trabalho teve por objetivos:

- Rever, definir e implantar um programa de gerenciamento de risco que contemplasse além da esfera assistencial; fornecedores, tecnologia da informação, recursos humanos, faturamento, financeiro e comercial em empresa de Assistência Domiciliar
- Mitigar riscos assistenciais aos pacientes por meio de definição de protocolos de cuidados e fluxos assistenciais;
- Mitigar riscos financeiros a empresa;
- Mitigar riscos relacionados à gestão da informação;
- Mitigar riscos ocupacionais, sanitários, civis e trabalhistas;
- Avaliar a eficácia do programa por meio de avaliação da alta administração envolvida da empresa.

MÉTODO

O projeto iniciou-se em novembro de 2008, foi coordenado pelo Escritório da Qualidade e Gerência de Processos e dividiu-se em cinco fases:

Fase de Sensibilização: nesta fase definimos, comunicamos e validamos com a alta administração o programa a ser desenvolvido, iniciamos a sensibilização da equipe interna para o programa por meio de informações institucionais sobre o tema, coleta de sugestões das equipes assistenciais sobre os principais riscos identificados no seu trabalho e o modo de amenizá-los. Realizamos "*benchmarking*" com gerentes e coordenações médica, de enfermagem, treinamento teórico dos colaboradores sobre gerenciamento de risco, campanha interna para disseminação de valores como respeito à vida, assistência responsável, além de concurso para definição de frase e imagem que representasse o projeto.

Fase vivencial: nesta etapa reunimos as lideranças e representantes de todos os processos para atividades externas de esportes radicais e de aventura em um "*workshop*", desta maneira puderam vivenciar o conceito de time, planejamento, definição de risco e ações para minimizá-los.

Fase de composição dos times e desenvolvimento do trabalho: nesta fase reunimos cinquenta colaboradores de diferentes áreas e os dividimos em três grandes times denominados:

Sustentabilidade: composto por colaboradores das áreas de finanças, faturamento, tecnologia da Informação, recursos humanos, logística e compras.

Assistencial: composto por coordenações de fonoaudiologia, corpo clínico, enfermagem, fisioterapia, nutrição, avaliação, planejamento terapêutico e serviço social.

Apoio Assistencial: composto por colaboradores que interagem com fornecedores e também nossos principais fornecedores de materiais e medicamentos, urgências, logística e oxigenoterapia.

Os times tiveram um líder definido e realizaram sete reuniões para definição, análise, classificação e proposição e ações mitigatórias para os riscos inerentes à suas áreas.

A identificação dos riscos envolveu o conhecimento do processo produtivo e os possíveis tipos de problemas que um acidente neste processo acarretaria à organização.

O processo de análise dos riscos propiciou a identificação das ferramentas disponíveis que poderiam ser utilizadas para avaliação e tratamento do risco, permitindo que estas atividades sejam realizadas com um elevado nível de profissionalismo.

Para a avaliação dos riscos pesquisamos diversas ferramentas existentes e optamos por uma adaptação do **FMEA- Análise de Modo e Efeitos de Falha Potencial** (1997) baseada em probabilidade de ocorrência e severidade em conformidade com a descrição de (MORGADO, 2000). Assim sendo quantificamos a probabilidade de ocorrência dos riscos elencados e as conseqüências que a ocorrência dos mesmos poderiam acarretar para a empresa e para aqueles que dependem direta e indiretamente da organização produtiva.

Classificação Probabilidade

A-	Provável
B-	Média probabilidade
C-	Baixa probabilidade
D-	Improvável

Classificação da severidade da conseqüência do evento

Categoria	Nome	Características
I	Catastrófica	- Mortes ou lesão incapacitante externamente ao órgão operacional - Perda total de instalações e equipamentos
II	Crítica	- Lesões severas ou incapacitantes com possibilidade de agravamento - Danos severos a instalações e equipamentos
III	Marginal	- Lesões moderadas - Danos moderados a instalações e equipamentos
IV	Desprezível	- Ausência de lesões ou no máximo necessidade de primeiros socorros ou tratamento médico menor. - Sem danos ou danos não significativos a instalações e equipamentos.

A combinação dessas classificações preliminares forneceu a classificação do risco, diferenciando-o quanto a sua importância. Assim, através do histórico da ocorrência de acidentes e das conseqüências causadas por tais ocorrências, classificamos os riscos em cinco classes apresentadas a seguir:

Classificação do risco: Probabilidade x Severidade.

Classe de severidade	Classe de probabilidade			
	A	B	C	D
I	classe 1	classe 1	classe 2	classe 3
II	classe 1	classe 2	classe 3	classe 4
III	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5
IV	classe 3	classe 4	classe 5	classe 5

Classificação dos riscos:

Classe 1	Risco crítico
Classe 2	Risco sério
Classe 3	Risco moderado
Classe 4	Risco menor
Classe 5	Risco desprezível

Elegemos os riscos críticos e sérios para definição de ações mitigatórias.

Fase de Implantação: iniciamos esta fase em junho de 2009 com levantamento dos custos e recursos necessários às ações propostas e validação da alta administração para implantação do programa. Definimos reuniões mensais para acompanhamento da implantação das ações e treinamento das equipes de forma a atuar como multiplicadores do programa.

Fase de avaliação do programa: em dezembro de 2010 realizamos um levantamento sobre o percentual de ações implantadas e submetemos todas as ações à avaliação de cinco gestores da alta administração de diferentes áreas da empresa entre eles: diretoria, superintendência e gerências que classificaram o resultado das ações segundo suas percepções profissionais e modificações em seus processos do dia a dia. Os resultados foram assim classificados:

Positivo: Quando o gestor julgava ter havido benefícios e mitigação de riscos assistenciais, administrativos, de perda de informação, etc;

Positivo com impacto financeiro: quando a ação trouxe redução de riscos financeiros;

Ineficaz: quando a ação não trouxe impactos sistêmicos e perceptíveis para a empresa;

Andamento: quando a ação não estivesse implantado por haver dependência inter setoriais ou demandasse investimentos ainda não possíveis;

Abortadas: quando a ação foi retirada do programa por ser avaliada posteriormente como não mais necessária ou quando outras melhorias ocorridas na empresa foram suficientes para mitigar o risco relacionada à ação abortada.

Não respondeu: esta opção foi oferecida ao gestor e ocorreu quando percebesse que não dispunha de conhecimento sobre a ação ou seu andamento.

Os dados destas avaliações foram calculados em médias simples, compilados e classificados com resultado do programa de gerenciamento de risco institucional.

RESULTADOS:

O programa definiu inicialmente 145 ações tendo sido implantadas 81,6% delas. Segundo a avaliação dos gestores:

- 59,3% das ações, em média, foram consideradas positivas, trouxeram maior segurança e estruturação dos processos nas áreas assistenciais, administrativas, tecnologia da informação, recursos humanos, comercial, saúde e segurança ocupacional e logística;

- 18,2% das ações foram avaliadas como benéficas sob o ponto de vista financeiro, sendo capazes de atenuar e prevenir perdas financeiras para a empresa e controlar custos importantes;

- Apenas 4,1% das ações foram consideradas ineficazes para os propósitos de gestão dos riscos;

- O mesmo percentual, 4,1% das questões, não foram respondidas. Este resultado ocorreu possivelmente devido à insegurança que alguns gestores admitidos posteriormente ao início deste programa possam ter tido para efetuarem seus julgamentos;

- Em média 8% das ações permanecem em andamento. Algumas ações foram aprimoradas e demandaram envolvimento de diversas áreas, dada a sua complexidade.

- 6,2% das ações foram abortadas. Os times optaram por abortar a implantação de ações cujos riscos deixaram de ser considerados críticos no decorrer do programa ou porque foram incorporadas em outras ações mais complexas.

GRÁFICO 1: Avaliação Geral do programa de Gerenciamento de Risco pelas lideranças

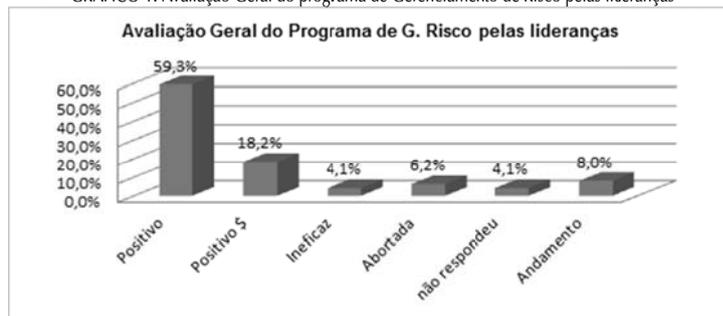
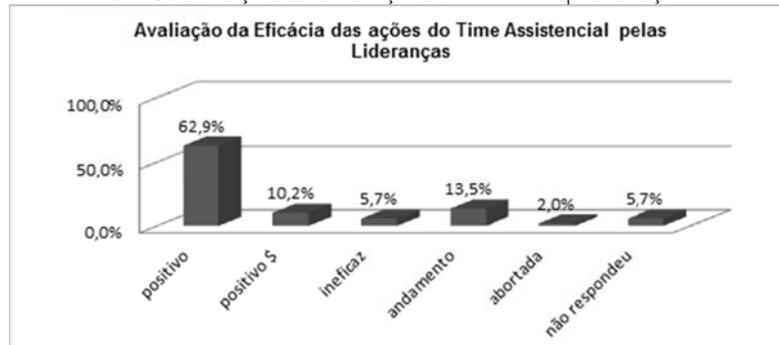
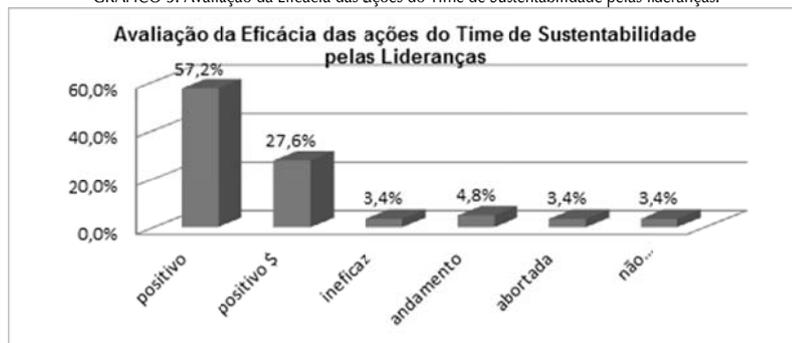


GRÁFICO 2: Avaliação da Eficácia das ações do Time Assistencial pelas lideranças



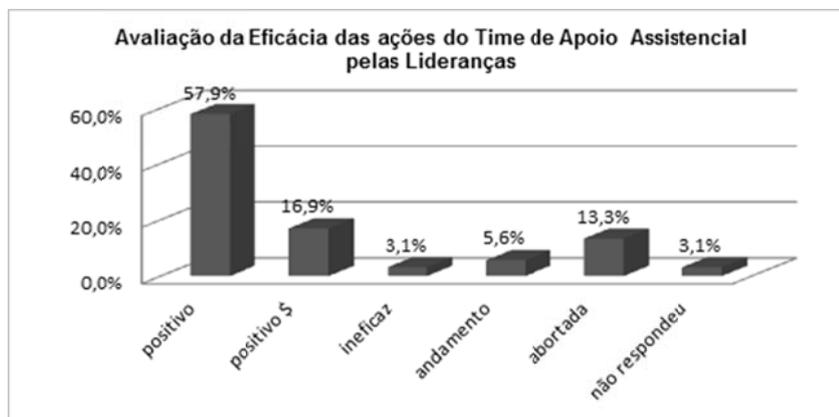
O time assistencial apresentou 62,9% dos resultados positivos segundo avaliação das lideranças, fortalecendo a política de gerenciamento de risco.

GRÁFICO 3: Avaliação da Eficácia das ações do Time de Sustentabilidade pelas lideranças.



O Time de sustentabilidade foi o melhor avaliado sob o ponto de vista das ações positivas com e sem impacto financeiro (84,8%). Relacionamos este resultado à maior carência de ações mitigatórias em processos administrativos e comerciais.

GRÁFICO 4: Avaliação da Eficácia das ações do Time de Apoio Assistencial pelas lideranças



As ações do time de apoio assistencial também apresentaram resultados satisfatórios na avaliação das lideranças, sendo uma inovação, o envolvimento de fornecedores neste tipo de programa.

CONCLUSÕES

É necessária a revisão sistemática das políticas de gerenciamento de risco em instituições de saúde, dada às mudanças no cenário político, econômico, social, tecnológico e de mercado. Estas podem impactar no aumento ou diminuição da “críticidade” dos riscos, extinguir ou criar outros inerentes ao negócio.

As revisões propiciam ampliação das ações de segurança do paciente, maior qualidade nos processos assistenciais e evidência dos resultados propostos, missão principal das instituições de saúde.

O envolvimento dos colaboradores com os programas de gerenciamento de risco pode contribuir para a implantação satisfatória dos processos, acompanhamento e análise dos mesmos.

Os resultados obtidos no Time de Sustentabilidade reforçam a ideia inicial do trabalho de que as políticas de gerenciamento de risco devem extrapolar a esfera assistencial, com olhar crítico para os riscos que podem comprometer a sustentabilidade da organização. Concluímos que políticas de gerenciamento de risco devem ser institucionais e permear toda as áreas, sempre objetivando a perenidade da organização subsidiada pela excelência nos seus serviços, transparência e ética nos seus resultados.

Referências

- BERNSTEIN, P.L. **Desafio aos deuses: a fascinante história do risco**. 10ª edição, Editora Campus, 1997
- COSO II -Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. **Internal Control – Integrated Framework**. New York: AICPA, 1992.
- KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M. & DONALDSON, M.S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Editors Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2000.
- MANUAIS da QS 9000. **Análise de Modo e Efeitos de Falha Potencial (FMEA)**: Manual de Referência. 1997.
- MORGADO, C.R.V; **Gerência de riscos**, Rio de Janeiro: SEGRAC – Núcleo de Pesquisa em Engenharia de Segurança, Gerenciamento de Riscos e Acessibilidade na UFRJ, 2000.
- NORMA ISO - International Organization for Standardization 31000 e ISO Guide 73:2009. **Risk management – Vocabulary**, 2009
- STEINER NETO, P. J. **A percepção dos resultados esperados pelos beneficiários como fator de influência no processo decisório**. São Paulo: Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP, 1998

Indicadores Assistenciais

P_32_2011 - Análise Crítica dos Indicadores: Experiência de Implantação em um Hospital Público

Maria Lucia Bom Angelo, Tatiana Magalhães Demarchi, Eliana Claudino de Lima, Ricardo Fajardo Cury, Marcos Antonio Miguel Cordeiro, João Carlos Mantese, Carlos Alberto Ruiz

Palavras chaves: Indicadores de qualidade, Gestão, ferramentas de gestão.

1. INTRODUÇÃO

Indicadores são dados ou informações, referencialmente numéricos, que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e da instituição como um todo. O indicador é uma ferramenta essencial para o acompanhamento e refinamento dos resultados ao longo do tempo.¹

O indicador por si só, não pode ser utilizado como uma medida direta de qualidade, ele norteia as ações para que a Instituição alcance os resultados esperados.²

Na literatura, há relatos que há várias décadas existe a percepção da necessidade de análise dos dados produzidos na área da Saúde. Em 1662, John Graunt e William Petty publicaram uma análise de nascimentos e óbitos semanais na cidade de Londres, quantificando o padrão de morbidade em sua população. Em 1855 a Enfermeira Florence Nightingale durante a Guerra da Criméia, utilizou indicador para revolucionar a abordagem dos fenômenos sociais demonstrando que os mesmos poderiam ser objetivamente mensurados, avaliados e submetidos a análises matemáticas.³

Os indicadores podem ser classificados de acordo com as três dimensões de avaliação de qualidade em saúde descrita há mais de 40 anos por Donabedian, são elas: estrutura (planta física, equipamentos, recursos humanos, normas e rotinas); processos (utilização de recursos tanto no aspecto quantitativo como qualitativo) e resultados (consequência das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde).⁴

Existem atributos essenciais que devem ser considerados na construção e validação de um indicador, são eles: validade, confiabilidade, objetividade, importância, disponibilidade, mensurabilidade, simplicidade, clareza e comparabilidade. A ausência destas características tende a colocar em questionamento a necessidade de mensuração do mesmo.³

Nos últimos anos, o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando um novo paradigma, que é a busca pela gestão da qualidade nos seus serviços. A mensuração da qualidade em uma instituição de saúde não é apenas demonstrada através dos indicadores quantitativos (índices e taxas calculadas através de fórmulas) os indicadores qualitativos (indicam se os processos estão cumprindo qualitativamente os pré requisitos acordados em relação aos seus produtos ou serviços) também são essenciais no processo de gestão.⁵

O indicador pode ser utilizado como um sensor auxiliar para identificar se as metas institucionais propostas foram ou não alcançadas. A implementação de indicadores acoplados a ferramentas da qualidade é importante para a avaliação da qualidade, pois proporciona a mensuração e a identificação das oportunidades de melhoria nos serviços.⁶

As ferramentas da qualidade são instrumentos que identificam os gargalos institucionais e auxiliam na mensuração e apresentação dos resultados, apoiando o gestor do processo na tomada de decisão.⁷

2. JUSTIFICATIVA

Em 2003, a Instituição em questão retomou o Programa de Certificação de Qualidade. Todo o processo de certificação seja ele voluntário ou não, inevitavelmente proporciona um divisor de águas institucional. Então a partir desta retomada ocorreu a necessidade de uma maior valorização da fidedignidade das informações para que os indicadores gerados pudessem retratar fielmente o perfil institucional. Em 2005, estas informações foram apresentadas sistematicamente em formas gráficas com construção de séries históricas. No final de 2006, a Assessoria de Informações Técnicas em Saúde implantou a intranet Institucional denominada de HMEC_Base com o intuito de melhorar o intercâmbio e a disseminação das informações. Em 2007, a instituição adotou os Painéis de Gestão à Vista com o intuito de que as informações inerentes à instituição fossem divulgadas tanto para o público interno quanto para os usuários.

Finalmente em 2009, o setor de Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar, propôs um refinamento na forma de apresentação e utilização dos gráficos com a padronização da análise crítica das informações geradas através destes indicadores. Foi construído e implementado um instrumento próprio e padronizado de análise crítica dos indicadores institucionais fazendo uso das ferramentas de qualidade com o intuito de facilitar a tomada de decisão por parte dos gestores do processo.

A ferramenta da Qualidade escolhida para a análise e construção de planos de ação, foi o 5W 2H. De todas as ferramentas da qualidade, esta foi eleita por ser uma ferramenta de fácil entendimento e que estrutura o pensamento de forma organizada e materializada para a tomada de decisão na resolução das não conformidades e oportunidades de melhoria.

O 5W correspondem às palavras de origem inglesa What, When, Why, Where e Who, e o 2H, à palavra How e à expressão How Much. Traduzindo: O que, Quando, Por que, Onde, Quem, Como, e Quanto. Por não termos ainda implantado uma central de custos, o segundo H relacionado ao “quanto” não consta no nosso instrumento.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva, realizado em um Hospital Público de Grande Porte, especializado em Ginecologia e Obstetrícia, situado na Cidade de São Paulo.

Após contato com alguns modelos de análise crítica através de benchmarking e referencial literário, foi construído um instrumento próprio para análise crítica dos indicadores (Anexol) com os seguintes itens:

Setor: informa o setor ao qual o indicador está ligado

Processo: descreve a qual tipo de atividade realizada no setor o indicador está ligado. Ex: O indicador Taxa de Cesárea liga-se diretamente ao processo de procedimento de parto.

Período: informa qual período que se refere os dados levantados no indicador

Indicador: identifica o nome do indicador

Meta: informa qual a meta a ser alcançada para esse indicador (meta institucional ou meta preconizada por outros órgãos competentes)

Objetivo do controle: descreve a utilidade de se fazer esse tipo de levantamento

Fórmula: informa qual dado foi utilizado para a construção do indicador (numerador/denominador)

Unidade de Medida: informa qual tipo de medida utilizada para esse indicador (percentual, unidade, etc)

Medição: espaço para inserir o gráfico

Neste mesmo espaço, deverá ainda conter a informação se os níveis atuais estão consoantes ou adversos com a tendência e metas pré acordadas conforme simbologia abaixo:

se é bom que o gráfico esteja aumentando , se é bom que o gráfico esteja diminuindo  ou se é bom que o gráfico mantenha a regularidade,  independentemente do resultado que esteja apresentando no momento.

Fonte: é imprescindível informar por qual gerência foi elaborado o gráfico e se houve parceria com outros setores

Análise Crítica: espaço para descrever o que o gráfico está demonstrando, porque em determinado mês ou ano houve um aumento ou diminuição inesperado, qual a tendência, se houve algum acontecimento específico que resultou em algum impacto no gráfico

Referenciais Comparativos: para descrição sobre base de comparação para este indicador, se a meta está baseada em indicadores da Secretaria Municipal, do Ministério da Saúde, do CQH, da literatura e etc.

Plano de Ação – 5W2H: esta é uma ferramenta da qualidade que deverá ser aplicada para a descrição dos planos de ação elaborados para o alcance da meta estabelecida para este indicador.

WHAT? O que? – descrever o que será feito

WHO? Quem? – Identificar quem será o responsável para esta ação

WHERE? Onde? – Informar em qual local essa ação deverá ser feita

WHEN? Quando? – Informar em qual período deverá ser realizada a ação ou se necessitará ser contínua

WHY? Porque? – descrever porque esta ação deverá ser feita, qual o objetivo

HOW? Como? – Descrever de que forma esta ação será realizada, quais os passos a serem seguidos

Elaborado por: informa o Nome e Função da pessoa responsável por montar este indicador, incluindo a data em que foi feito.

Aprovado por: informa quem é o responsável pela aprovação do gráfico, bem como a data em que este indicador foi analisado com a respectiva assinatura a assinatura.

Após a construção deste instrumento pela equipe da Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar, foram ministradas aulas para os gerentes e diretores com o intuito de instrumentalizá-los na utilização correta do mesmo. Concomitantemente, foi disponibilizado na intranet da instituição orientações detalhadas de preenchimento correto do instrumento em questão com exemplificações.

4. RESULTADOS

A partir de janeiro de 2010 foram disponibilizados na intranet da instituição, 233 gráficos inseridos neste modelo de análise crítica, sendo 166 gráficos relacionados à assistência e 67 gráficos relacionados aos setores de administrativos. Foi observado por parte dos gerentes, um avanço qualitativo na tomada de decisão e detecção das oportunidades de melhoria, quando passaram a analisar os seus resultados norteados por esta ferramenta de gestão. Tendo em vista que além de uniformizar as informações, o próprio instrumento induz ao pensamento sistematizado e o planejamento para tomada de decisão com meta, prazo, agentes envolvidos e resultados esperados.

Cada gerência mensalmente seleciona os seus principais gráficos para expor no Painel de Gestão à Vista de seu setor. Além disso, o Colegiado de Diretoria elege os 50 gráficos principais para formar o Painel de Bordo. O Painel de Bordo tem como finalidade o auxílio na tomada de decisão por parte da Diretoria.

Estes indicadores são divididos em oito grandes áreas:

- Administrativa
- Pessoas
- Faturamento/SUS
- Financeiro
- Assistência
- Sociedade
- Clientes
- Ensino e Pesquisa.

5. CONCLUSÕES

Observa-se que com a implantação deste instrumento ocorreu uma mudança no pensamento sistêmico da organização, por vários motivos: o superior imediato deve aprovar os gráficos; estas informações estão disponíveis tanto na intranet como nos Painéis de Gestão à Vista; os indicadores principais são expostos no Painel de Bordo da Sala da Diretoria, havendo uma cobrança mais apurada para o alcance das metas e, conseqüentemente, as tomadas de decisões são norteadas por dados concretos e não por ações empíricas.

Vale ressaltar, que a Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar vem desenvolvendo um trabalho institucional, introduzindo ferramentas e conceitos da qualidade junto aos colaboradores, visando envolvê-los e responsabilizá-los no processo de melhoria contínua disseminando a cultura da Qualidade.

Por fim, para melhor refinamento dos indicadores, consta no Planejamento de 2011 da Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar a realização de oficinas de Indicadores com encontros individuais, envolvendo todos os setores da instituição, isto porque, acreditamos que este processo de instrumentalização e introdução de novas ferramentas e conceitos não é esgotado apenas pontualmente sendo necessário um curso intensivo e contínuo.

Referências

1. FNQ. Fundação nacional da qualidade – Critérios compromisso com a excelência e rumo à excelência. 2010-2011.
2. BITTAR, O.J.N.V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev de administração em saúde, v.10, n.40, p.87-93, jul/set. 2008.
3. ONA. Organização Nacional de Acreditação – INDE -Introdução a indicadores de desempenho treinamento por EAD. Brasília, 2006.
4. AZEVEDO, A.C.de. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. Rev. Saúde públ., v.25, n.1, p.64-71, 1991.
5. LEÃO, E.R. et al. Indicadores qualitativos: um case de enfermagem através dos tempos. In: LEÃO, E.R. et al. Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão. São Caetano do Sul: Yendis, 2008. Cap.24 p. 295-302.
6. D INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev. Bras. Enferm. (on line), Brasília, v.59, n.1, jan/feb. 2006. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1>. Data do acesso: 17/01/2011.
7. BEHR, A.; MORO, E.L. da S.; ESTABEL, L.B. Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca. Ci. Inf. (on line), Brasília, v.37, n.2, mar/ago. 2008. <http://www.scielo.br/pdf/ci/v37n2/a03v37n2.pdf>. Data do acesso: 19/01/2011.

ANEXO I

Setor		Processo		Período	Média	Fórmula	Unidade de medida
		Objetivo do controle					
Medição (Gráfico)							
Referenciais Comparativos							
Fonte:							
What? O que?		Who? Quem?		When? Quando?		How? Como?	
Where? Onde?		Where? Onde?		When? Quando?		How? Como?	
Elaborado por		Data		Aprovado por		Assinatura	
Nome: Funcão:		Nome: Funcão:		Data		Assinatura	

Ass. QmMeds - 2011.2009

Qualidade e Segurança

P_34_2011 - Auditoria de Qualidade: Implementação do Instrumento de Auditoria Interna na Melhoria dos Processos em um Hospital Público

Eliana Claudino de Lima, Maria Lucia Bom Angelo, Tatiana Magalhães Demarchi, Graciete Maria Alves Lourenço, João Carlos Mantese, Carlos Alberto Ruiz

Palavras chaves: Auditoria; Qualidade; Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

O termo auditoria tem sua origem do latim *"audire"* que significa ouvir. A história do início da auditoria é difícil precisar com exatidão, mas teve como raiz a área contábil para a verificação da veracidade dos dados econômico-financeiros apresentados. No Brasil, o processo de auditoria teve seu início no período colonial onde a Colônia prestava contas à Coroa com relação ao recolhimento de tributos.

Na área da saúde, o primeiro registro de auditoria realizada é de 1918, com o intuito de avaliar a prática médica.

A auditoria financeira e comercial tem um papel fundamental nas instituições hospitalares. Atualmente, o que se busca é a consonância da auditoria de qualidade na melhoria dos processos da assistência atrelada à redução de custos onde os valores financeiros e qualitativos estão agregados.

A auditoria na área da saúde vem sendo utilizada como Ferramenta de Gestão há mais de 50 anos.⁴ Ela é uma análise sistemática e formal das atividades e é realizada por um profissional que não esteja diretamente envolvido no fazer, com o objetivo de assegurar a conformidade, a qualidade e o controle dos processos.⁵

Mediante a preocupação com a qualidade, nas últimas décadas, vários países estão mobilizados na implementação de programas que certifiquem a qualidade nas instituições de saúde. No Brasil, há alguns anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui instrumentos oficiais para avaliar a performance dos serviços de saúde. A preocupação com a qualidade tem sido uma importante aliada para a redução dos custos. As certificações concedidas por instituições avaliadoras, sejam elas nacionais ou internacionais, promovem uma diferenciação no mercado competitivo, principalmente entre as instituições privadas.⁶ Acredita-se que as instituições de saúde, inevitavelmente, devem caminhar rumo a possuírem algum tipo de certificação concedida pelas entidades avaliadoras. Talvez, este seja o caminho para a melhoria da qualidade na assistência prestada ao cliente com a menor fragmentação da saúde e manutenção dos padrões de excelência no atendimento que visem satisfazer as expectativas dos usuários. Em suma, a organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de acreditação hospitalar está transmitindo à sociedade sua preocupação com a ética profissional, com a segurança e com a garantia de qualidade na sua instituição.⁷

As avaliações dos serviços de saúde estão alicerçadas em três pilares, são eles: estrutura (planta física, equipamentos, recursos humanos, normas e rotinas); processos (utilização de recursos tanto no aspecto quantitativo como qualitativo) e resultados (consequência das atividades desenvolvidas nas instituições de saúde).⁸

A qualidade de um serviço é mensurada através de vários aspectos, que vão desde a formação do profissional e a qualidade dos registros na assistência, até a melhoria das condições de vida do cliente ou do restabelecimento de sua saúde, quando possível.⁹

Atualmente, a maioria dos serviços de auditoria implantados nas instituições de saúde, principalmente no setor privado, tem como diretriz única e exclusivamente o controle de custos e a diminuição de glosas (cancelamento ou recusa, total ou parcial de pagamento). Porém, este paradigma tende a ser remodelado e a auditoria vista como um processo educativo que fornece elementos para a implantação e gerenciamento da assistência.¹⁰

Quando uma Instituição de Saúde adere a um programa de Certificação Hospitalar, inevitavelmente, a auditoria de primeira parte (auditoria interna realizada por profissionais da própria organização) torna-se imprescindível como ferramenta de Gestão.

JUSTIFICATIVA

Em face da escassez de publicações referentes à utilização de modelos dirigidos para realização de auditorias internas nas instituições de saúde, foi construído um instrumento pela equipe de Qualidade da Instituição em questão, objetivando:

Realizar uma análise coesa nos diversos setores auditados tendo como norteador o instrumento de auditoria interna que abrange os três pilares preconizados pela qualidade: estrutura, processo e resultados;

Utilizar os relatórios gerados sistematicamente pelas auditorias internas como uma das ferramentas da melhoria contínua e como um norteador de tomada de decisões da equipe gestora.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Tipo de pesquisa: Trata-se de uma pesquisa com abordagem descritiva.

Local de estudo: Hospital Público de Grande Porte, especializado em Ginecologia e Obstetrícia, situado na Cidade de São Paulo.

Coleta de dados: Os dados foram consolidados a partir dos relatórios gerados pelas auditorias internas realizadas nas áreas assistenciais no período de outubro de 2009 a novembro de 2010.

Análise dos dados: As auditorias internas são realizadas pela enfermeira auditora da Qualidade e no mínimo por mais algum membro da Comissão de Qualidade. Utilizou-se o instrumento de auditoria interna (Anexo I) para tabular os dados de conformidades e não conformidades apontadas no relatório. Neste período, em cada área assistencial, foram realizadas pelo menos duas auditorias internas e comparadas para saber se o número de não conformidades apontadas teve um decréscimo em relação ao número de conformidades. Na primeira auditoria realizada foi utilizado o instrumento completo e na segunda foi utilizado um instrumento mais conciso denominado de "pocket". Isto porque, como não ocorreu a reforma predial neste período, os itens relativos à estrutura física permaneceram inalterados e não foram reavaliados. Na segunda auditoria o foco principal foi avaliação dos itens obrigatórios do Programa de Certificação de Qualidade do qual o Hospital é participante. Vale ressaltar, que para comparação dos dados só foram considerados os itens avaliados nas duas auditorias. Os resultados foram computados em uma tabela Excel para tratamento e análise de resultados. Foram comparados 12 itens estruturais (recursos materiais, humanos, normas e rotinas), 18 itens relativos a processos e 3 itens relativos aos resultados.

RESULTADOS

Foram reauditados 12 setores assistenciais dos 22 setores auditados na primeira fase. Em relação aos itens Estruturais, na primeira fase foi constatado 65% de conformidades, já na segunda fase este percentual foi de 80%. Referente aos Processos o percentual de conformidade foi de 79% na primeira fase e de 84% na segunda fase. No item Resultado o percentual de conformidade foi de 81% tanto na primeira como na segunda fase.

CONCLUSÕES

Observa-se que ocorreu um acréscimo do número de conformidades entre a primeira e a segunda auditoria, exceto no item resultados. O Hospital tem como política institucional que cada gestor setorial exponha e analise seus indicadores de resultados justificando assim o alto número de conformidades neste item.

A grosso modo, pode-se inferir um alinhamento dos resultados obtidos nas auditorias internas com o da auditoria externa realizada através do Programa de Certificação de Qualidade que o Hospital está inserido. Isto porque, a pontuação de conformidade atribuída ao Hospital por esta auditoria ficou em torno de 79 pontos, muito próxima

a pontuação aferida nas auditorias internas. Os resultados aferidos demonstram que as auditorias internas é uma importante ferramenta na gestão e melhoria continua dos processos.

Também foi constatada entre as auditorias, uma melhora qualitativa nos setores, tanto na organização das atividades assistenciais, como no alinhamento dos processos de acordo com as diretrizes institucionais. Vale ressaltar a busca constante de cada gestor junto à sua equipe para a correção dos itens não conformes e o refinamento dos itens em conformidade.

Percebe-se que na Instituição, o papel dos auditores internos vai além da checagem do cumprimento das normas institucionais e legislações, existe um papel fundamental de ser o educador e facilitador no processo de aprendizagem levando a reflexão sobre os processos e resultados institucionais.

Referências

1. RIOLINO, A.N.; KLIUKAS, G.B.V. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário – uma ação inovadora. *Revista Nursing*, v.65, n.6, p.35-38, 2003.
2. COSTA, M.S. et al. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. *Rev. Bras. Enferm. (on line)*, Brasília, v.57, n.4, jul-ago. 2004. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a24.pdf>. Data do acesso: 04/01/2011.
3. SCARPARO, A.F. et al. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. *Texto contexto enferm. (on line)*, Florianópolis, v.19, n.1, jan/mar. 2010. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a10.pdf>. Data do acesso: 05/01/2011.
4. ADAMI, N.P.; MARANHÃO, A.M.S.A. Qualidade dos serviços de saúde: conceito e métodos avaliativos. *Acta paul. enf.*, v.8, n.4, p.47-55, maio/dez. 1995.
5. PEREIRA, L.L.; TAKAHASHI, R.T. Auditoria em enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU, 1991. Cap.17, p. 215-222.
6. GURGEL JUNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciênc. saúde coletiva*, v.7, n.2, p. 325-334, 2002.
7. FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta paul. enferm.*, v.18, n.2, p. 213-219, 2005.
8. AZEVEDO, A.C.de. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev. Saúde públ.*, v.25, n.1, p.64-71, 1991.
9. FONSECA, A.daS. et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. *O Mundo da saúde*, v.29, n.2, p.161-169, abr./jun. 2005.
10. PINTO, K.A.; MELO, C.M.M. de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev. esc. enf. USP*, v.44, n.3, p. 671-678, set. 2010.

ANEXO I

COMISSÃO DE QUALIDADE HOSPITALAR FORMULÁRIO DE AUDITORIA INTERNA

Setor:			
Data:		Horário:	
Auditores			
Gerente do Setor Auditado:		Presente?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Responsável Presente na Auditoria			
I - ESTRUTURA FÍSICA			
INSTALAÇÕES:		Em Conformidade <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
Possui boas condições estruturais das áreas físicas		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Presença de condições de iluminação e ventilação adequada.		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Possui pia exclusiva para lavagens de mãos com sabão líquido, papelto, lixeira com tampa e acionamento por pedal.		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
As pias de lavagem de mãos estão distribuídas em locais estratégicos, em quantidade suficiente e com acionamento automático visando à adequação na assistência.		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os dispensadores de sabonete líquido e álcool gel estão com etiqueta da troca ativa e preenchida corretamente?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Há extintores de incêndio no setor? Estão dentro do período de validade?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Existe sinalização de emergência?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Há iluminação de emergência?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
		Não se aplica <input type="checkbox"/>	
Presença de sinalização anti tabaco no setor.		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Presença de cinzeiros, bituca de cigarro no setor.		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Há copa no setor?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Caso exista copa no setor, verificar organização, limpeza, geladeira limpa com alimentos acondicionados adequadamente, dentro do prazo de validade.		Em Conformidade <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
Solicitação de reparo da Estrutura Física.		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data da solicitação: ____/____/____			
LIMPEZA:		Em Conformidade <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
Há higiene adequada em todos os ambientes?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
DML exclusivo para descarte de Resíduos.		Não se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Local adequado para guarda temporária de resíduos com pia, bancada, lixeira acionada por pedal, pia ou vaso para despejo com válvula de descarte.		Não se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Há insumos para lavagem de materiais no expurgo? Estão identificados com nome, data envasamento e validade? Há EPI para este procedimento?		Não se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
ORGANIZAÇÃO:		Em Conformidade <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
SINALIZAÇÃO:		Em Conformidade <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
Solicitação de adequação da sinalização.		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data da solicitação: ____/____/____			
OBSERVAÇÕES:			

I - EQUIPAMENTOS			
Estado dos equipamentos existentes, adequação, Qtde.			
Equipamento em falta:			
Está em processo de compra?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Tipo de Manutenção	Contrato <input type="checkbox"/>	Preventiva Interna <input type="checkbox"/>	
	Sob Demanda <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	
Solicitação de reparo e/ou manutenção.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Data da solicitação: ____/____/____			
OBSERVAÇÕES:			
III - MEDICAMENTOS/ MATERIAIS MÉDICO-HOSPITLARES			
ARMAZENAMENTO:	Não se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não conformidade <input type="checkbox"/>
O setor acondiciona os materiais, artigos estéreis e medicamentos de forma adequada?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Presença de medicamentos fora do prazo de validade.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Os medicamentos multidoses estão com a etiqueta da data de abertura ativa e em conformidade?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Presença de materiais esterilizados com prazo de validade vencido ou embalagem danificada.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
GELADEIRAS:	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não conformidade <input type="checkbox"/>
A geladeira para guarda de medicamentos no setor possui termômetro com anotação diária da temperatura em planilha específica?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Os registros estão obedecendo os parâmetros de segurança previamente estabelecidos(2°C a 8°C)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Na geladeira para guarda de medicamentos no setor existe presença de alimentos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
ALMOTOLIAS:	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não conformidade <input type="checkbox"/>
As almotolias são descartáveis, estão dentro do prazo de validade, com etiqueta da data de abertura ativa e hermeticamente tampada?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
CARRINHO DE EMERGÊNCIA:	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não conformidade <input type="checkbox"/>
Possui carro de emergência completo, lacrado, com método que garanta o controle sistemático dos itens que o compõe, medicamentos e materiais dentro do prazo de validade e embalagens íntegras. Como também o cardioversor e eletrocardiógrafo em local de fácil acesso na área?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
O setor possui caixa de psicoativos com registro de controle diário e guarda em local seguro?	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não conformidade <input type="checkbox"/>
O material perfuro-cortante é descartado corretamente em	N se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

recepente para este fim, respeitando o limite de quantidade? (3/4 de preenchimento)			
As caixas de descarte de material perfuro-cortante estão distribuídas em locais estratégicos e em quantidade suficiente visando à adequação na assistência.	N se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Há sinalização referente ao descarte adequado de perfuro cortante	N se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Observações:			

IV DOCUMENTAÇÃO				
ALVARÁS			Data de Validade: / /	
Validade:	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não conformidade <input type="checkbox"/>	Observação:
Exposição:	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não conformidade <input type="checkbox"/>	Observação:
MANUAIS	Em Conformidade <input type="checkbox"/>		Não Conformidade <input type="checkbox"/>	
Completos com checagem ativa de acordo:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		
Exposição de fácil acesso, local visível:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		
É feito o controle da utilização das normas e rotinas estabelecidas (o auditor deverá fazer pelo menos uma checagem in loco)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		
MAPA DE RISCO	Em Conformidade <input type="checkbox"/>		Não Conformidade <input type="checkbox"/>	
Mapa de risco atualizado em local visível.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>		
ARQUIVOS: ativos e em ordem	N se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Observações:				

V - REGISTROS DO PACIENTES			
PRONTUÁRIOS:	Em conformidade <input type="checkbox"/>	N conformidade <input type="checkbox"/>	N se aplica <input type="checkbox"/>
	Organização/Montagem Adequada	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Consentimento Informado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Os prontuários estão com a identificação adequada dos pacientes e data em todas as folhas.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
As anotações nos prontuários dos pacientes são legíveis, com assinatura e carimbo do profissional.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
As checagens das medicações estão identificadas pelo profissional da enfermagem e com a anotação correspondente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Os prontuários contem anamnese, exame físico e evolução diária.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
O médico responsável passa visita diária e atualiza a evolução e prescrição?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Exames/Laudos:	Organização Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
	Identificação: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Assinaturas Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	

VI - RECURSOS HUMANOS			
USO DE EPI:	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
EPI são utilizados pelos funcionários de acordo com o risco ocupacional?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Sinalização do uso correto do EPI	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Há conhecimento e aplicação do procedimento do Acidente de Trabalho?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
A escala de serviço encontra-se em local visível:	N se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Existência de controle de vacinação para Hepatite B e Dupla Adulto dos funcionários que estão diretamente ligados à assistência	N se aplica <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
O crachá é usado em local visível	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Uniforme e sapatos dos funcionários estão adequados para o setor?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Exames Periódicos:			
Treinamentos			
Déficit			
Observações:			
VII - RESULTADOS - INDICADORES			
Séries Históricas - Produção e Produtividade (intranet):	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Indicadores em exposição e atualizados?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
Acompanhamento das recomendações do CCIH no seu setor?	N se aplica <input type="checkbox"/>	Em conformidade <input type="checkbox"/>	Não Conformidade <input type="checkbox"/>
Rotina:			
O gerente do setor tem conhecimento da situação das infecções no Hospital/ setor?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>
VIII - Pontos Fortes			
IX - Pontos a Melhorar			
Itens Específicos do Setor			
Outras observações/recomendações:			
* Os itens destacados foram avaliados na primeira e segunda auditoria interna.	Controle Interno		
	Próxima Auditoria	/ /	
	Lançamento		
	Visto		
	Clérícia		
	Diretor Depto Técnico	Data	Assinatura
Gerente do Setor			
Gerente Adjunto			

Qualidade e Segurança

P_36_2011 - Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Serviços De Saúde – Um compromisso com a qualidade: O Caso de uma Santa Casa do Interior do Estado de São Paulo

Edenis César de Oliveira, Goldete Priskulnik

Resumo. Os resíduos sólidos de serviços de saúde ganham atenção especial, notadamente por se tratar de resíduos que podem oferecer riscos diretos à saúde da comunidade se não forem seguidas as regras corretas de manejo. Nessa perspectiva, o presente trabalho, utilizando-se de revisão bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo, apresenta diagnóstico do gerenciamento dos RSS numa Santa Casa do interior do Estado de São Paulo. O trabalho conclui apontando sugestões de melhoria e adequação do manejo às normas legais vigentes, sobretudo ao entender o valor estratégico da questão com vistas à qualidade e segurança dos serviços de atenção direta ao paciente/cliente.

Palavras-chave: Administração hospitalar. Gerenciamento de resíduos. Resíduos sólidos. Resíduos sólidos de serviços de saúde. RSS. Lixo hospitalar. Qualidade.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com as questões ambientais está no centro das decisões estratégicas das organizações empresariais, acentuadamente nesta primeira década deste novo século. Dessa forma, todo resíduo gerado por essas empresas devem, necessariamente, ter um destino adequado, seja com o reaproveitamento, com a reciclagem, ou quando não for possível nestes casos, a garantia da correta destinação.

Na classificação de origem dos resíduos sólidos em geral, os resíduos sólidos de serviços de saúde (RSS) enquadram-se na categoria de *fontes especiais* e, portanto, devem receber o tratamento adequado conforme dispõe as normativas próprias.

No entender de Brito (2000), as instituições de saúde não podem mais “cuidar” do lixo apenas do ponto de vista do controle de infecção, mas precisam também considerar as questões ambientais, o que envolve questionamentos dos hábitos, costumes, análise de fatores econômicos e culturais envolvidos.

Por se tratar de uma organização de saúde, os resíduos por ela gerados devem receber um tratamento especial, uma vez que se trata de resíduos com certas especificidades, que podem causar riscos de contaminação, com agravos diretos à saúde do trabalhador e da sociedade, além de outros prejuízos ao meio ambiente.

Não obstante a necessidade de atenção especial, o correto gerenciamento dos RSS está diretamente ligado à qualidade real e percebida dos serviços prestados pela organização hospitalar, além do aspecto da segurança, propriamente dito.

Segundo Bittar (1999) a percepção consiste em um dos componentes da qualidade em toda prestação de serviço em saúde. Para este autor, a percepção refere-se à maneira “como os clientes percebem o tipo de serviço oferecido, e os prestadores se sentem na oferta que fazem” (p. 357).

No Brasil, são geradas cerca de 120 mil toneladas de lixo urbano por dia. Um a três por cento desse total é produzido nos estabelecimentos de saúde e, destes, 10% a 25% representam risco ao meio ambiente e a saúde da população (ANVISA, 2004).

Importante ressaltar que nem todo resíduo gerado nas dependências de uma unidade hospitalar são considerados como perigosos ou infectantes. A inobservância desta questão pode levar a organização a desprender recursos além do necessário no tratamento dos seus resíduos.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária através da RDC nº 306 (ANVISA, 2004), se encarrega do regulamento técnico para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Pelo exposto, a questão dos RSS deve ocupar posição estratégica numa unidade hospitalar, independentemente do seu porte, sobretudo para um hospital que prima pela qualidade e segurança dos serviços ofertados a seus clientes/pacientes.

O fato de que, “em geral, o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar” (URDAN, 2001, p. 46), é condição mais que suficiente para o hospital cuidar do manejo dos seus resíduos de forma adequada.

O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS) constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativa e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (ANVISA, 2004).

Nesse contexto, destaca-se a importância do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS) dentro de uma unidade hospitalar, como importante ferramenta de gestão para garantir a minimização dos custos e, concomitantemente, a garantia do atendimento às normas legais, além do mais importante, a qualidade e a segurança dos serviços prestados aos seus usuários e comunidade em geral.

As etapas do gerenciamento dos RSS estão contempladas dentro do processo de manejo, entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte externos e disposição final.

Ferreira (1995) salienta que a classificação dos resíduos é uma atividade complexa e, em muitos casos, ainda indefinida mesmo nos países desenvolvidos. Quanto mais perigoso for considerado o resíduo, maiores os cuidados necessários e, como consequência, maiores os custos envolvidos.

Nessa perspectiva, Lippel (2003) acrescenta que a segregação no momento e local da geração dos resíduos, permite reduzir o volume daqueles considerados perigosos, além da incidência de acidentes ocupacionais dentre outros benefícios à saúde pública e ao meio ambiente.

O cumprimento a contento desta etapa, possibilitará condições de encaminhamento de parte dos resíduos para a reciclagem (por exemplo: embalagens, material de escritório, papel, papelão, plásticos de uso comum, entre outros), inserindo tais materiais, novamente, no ciclo produtivo.

3. MÉTODOS

A instituição hospitalar, objeto desta pesquisa, é uma Santa Casa do Interior do Estado de São Paulo, instituição de caráter privado filantrópico que, neste trabalho, será chamada de HSC.

Para subsidiar o trabalho em questão, procedeu-se uma revisão bibliográfica sobre a temática e a área de estudo, seguido de pesquisa documental de onde foram obtidas as informações específicas da instituição.

O trabalho de campo constituiu-se na caracterização dos resíduos sólidos de serviços de saúde, incluindo avaliação qualitativa (composição) e quantitativa (quantidade atual e projetada), através de pesagem dos resíduos por um período de 07 (sete) dias consecutivos conforme metodologia proposta pelo Ministério da Saúde (2002) e Confortin (2001), separando-os por fontes geradoras, utilizando-se como instrumento de aferição uma balança mecânica marca Filizola, Mod. 31, com capacidade máxima de 150 Kg e precisão de 0,1 Kg.

Os dados obtidos foram sistematizados e inseridos numa planilha elaborada exclusivamente para este fim. Para tanto, foi considerado os locais da geração dos resíduos a partir da identificação de cada recipiente feita pela equipe de higiene/limpeza, o período determinado pela metodologia e, ainda, o horário da pesagem.

Após a sistematização dos dados obtidos nesta etapa do trabalho, foi possível apurar, por exemplo, a quantidade média diária de resíduos gerada por setor; a quantidade total, por tipo de RSS, apurada no período de pesagem; a geração diária de resíduos por leito, considerando as três principais categorias de resíduos; entre outros. Essas informações são imprescindíveis para futura elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS).

Nesta etapa da pesquisa de campo, foram realizadas algumas entrevistas com a profissional de enfermagem responsável pelo centro cirúrgico e também, coordenadora da equipe de limpeza/higiene, além da coordenadora técnica do serviço de enfermagem e administrativo.

As entrevistas realizadas em horários pré-estabelecidos com esta profissional, somadas ao método de observação *in loco* permitiram um conhecimento mais apurado de como o hospital desenvolve, na prática, o manejo de seus resíduos.

A utilização e sistemática aplicação desta metodologia possibilitaram a obtenção dos resultados que estão apresentados a seguir.

4. RESULTADOS

O HSC, objeto de estudo deste trabalho, é uma organização hospitalar privada, de caráter beneficente e filantrópico, fundada há mais de 60 anos, sendo o único hospital no município. Conta com 102 leitos e 154 funcionários, além de um Corpo Clínico com aproximadamente 40 profissionais médicos.

O Hospital é conveniado ao Sistema Único de Saúde – SUS, de onde se origina aproximadamente 85% de sua demanda de trabalho. O restante destina-se principalmente aos convênios e uma quantidade pouco expressiva ao atendimento de particulares.

No HSC são oferecidas as especialidades de ginecologia/obstetrícia, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, anestesiologia, trauma-ortopedia, cardiologia, serviço de nutrição e dietética – SND, diagnóstico por imagem (raio-x, ultrassonografia e tomografia computadorizada), além do serviço de urgência/emergência 24h, incluindo atendimento ambulatorial, Unidade de Terapia Intensiva – UTI com 10 leitos (5 leitos em funcionamento).

Os serviços de higiene, limpeza, coleta e destino interno dos resíduos do hospital são realizados pelos próprios funcionários lotados no setor de higiene e limpeza (13 funcionários no total). Na categoria de serviço de diagnóstico por imagem, a tomografia computadorizada é resultado de uma parceria entre o hospital e uma empresa privada.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, dentro dos aspectos organizacionais, entre outras, duas ações importantes devem ser consideradas no contexto do gerenciamento: a) subdividir o estabelecimento de saúde de acordo com os serviços especializados; b) estabelecer uma classificação dos resíduos sólidos gerados (OPAS, 1997).

Os tipos de resíduos encontrados no hospital separados por setor podem ser vistos na tabela 1.

Os serviços, por razões de risco sanitário, devem estar delimitados fisicamente no interior dos estabelecimentos de saúde. Esta delimitação física determinará, também, as fontes geradoras de resíduos.

Armazenamento temporário consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já condicionados, em local próximos ao ponto de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa (ANVISA, 2004).

Segundo o preconizado na RDC nº 306/04 não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento. Neste quesito a Unidade atende as exigências, uma vez que os recipientes não estão dispostos diretamente sobre o piso.

Tabela 1. – Tipos de resíduos originados por setor no HSC.

LOCAL (Unidade ou Setor)	TIPOS DE RESÍDUOS
ENFERMARIA	Embalagens vazias de soro, seringas, scalp, agulhas, algodão, gazes, esparadrapo, fita adesiva, papel, plástico, vidros, sondas, bolsas coletoras.
AMBULATÓRIO (Pronto Atendimento)	Papel, plástico, luvas, gazes, esparadrapo, algodão, espátulas, sondas, scalp, bolsas coletoras, peças de gesso e ataduras (desde que não estejam sujas de sangue ou secreções).
LABORATÓRIO	Lâminas, agulhas, seringas, recipientes, scalp, esparadrapo, algodão, luvas, papel, plástico.
LAVANDERIA	Luvas, papel, restos de tecido, efluentes líquidos.
SND (COZINHA E COPA)	Pratos de alumínio descartáveis, matéria orgânica, plásticos de embalagens, papel.
ADMINISTRATIVO	Papel, papelão e plástico.
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Frascos de soro, seringas, algodão, gazes, esparadrapo, fita adesiva, papel, plástico, vidros, sondas, scalp, cateter de diálise, dispositivos intravenosos (agulhas, escalpes, gelco, intract), bolsas coletoras.
CC – Centro Cirúrgico	Embalagens vazias de soro, dispositivos intravenosos (agulhas, intracats, scalp, gelco), gazes, esparadrapo, algodão, fita adesiva, papel, plástico, vidros, sondas, bolsas coletoras, placenta e outras peças anatômicas humanas.
PÁTIO	Resíduos de varrição (folhagens), restos de poda, plásticos, papel.

A unidade hospitalar possui cinco (05) locais de armazenamento temporário interno os quais recebem o nome de expurgo (despejo), sendo 01 despejo para atender a Ala Pediátrica e Clínica Médica; 01 despejo para o Pronto Atendimento (PA); 01 despejo na Maternidade; 01 despejo na Ala 100 (destinada a convênios e particulares); e 01 despejo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). As salas utilizadas para o armazenamento temporário não se destinam exclusivamente ao armazenamento de resíduos, portanto, não há necessidade de identificação como “SALA DE RESÍDUOS”, segundo a RDC nº 306/04, item 1.5.2.

De acordo com Costa e Fonseca (2009), “armazenar os resíduos temporariamente em um local torna possível uma sistemática de transporte para o local de armazenamento externo” (p. 29). Ainda estes autores entendem que desta forma o contato dos resíduos com pacientes, acompanhantes e outras pessoas é evitado, impedindo contaminação.

Segundo informações obtidas com a Coordenadoria Técnica de Enfermagem, o Centro Cirúrgico não possui posto intermediário (despejo), sendo os resíduos levados diretamente ao armazenamento externo. As peças anatômicas oriundas do Centro Cirúrgico são encaminhadas diretamente para o laboratório de anatomocitopatologia (serviço terceirizado), não permanecendo, portanto, na instituição.

Além dos resíduos oriundos do Centro Cirúrgico, os da cozinha, laboratório, administrativo, lavanderia e pátio também seguem diretamente para o armazenamento externo.

O hospital considera lixo comum os resíduos oriundos dos banheiros dos quartos dos pacientes (fraldas descartáveis, absorventes, papel higiênico etc.), não fazendo, também, nenhuma diferenciação dos resíduos que se originam dos quartos de isolamento, incluindo os de banheiro e de cozinha (orgânicos, pratos e copos descartáveis, entre outros).

O HSC condiciona os RSS de toda unidade em 3 embalagens distintas, a saber: resíduo infectante (sacos plásticos de cor branca); resíduos perfurocortantes (caixas de papelão Descarpack); resíduos comuns (sacos plásticos de cor preta). Segundo informação obtida em entrevista direta com Coordenadoria Técnica de Enfermagem, a instituição de saúde não promove a separação dos resíduos para reciclagem.

Na segunda visita à instituição com o objetivo de levantar informações e obter dados para subsidiar a continuidade da pesquisa, entrevistamos a profissional de enfermagem que acumula também o cargo de gerência do setor de higiene e limpeza do hospital.

Acompanhado desta profissional percorreu-se todos os setores da instituição, observando o fluxo interno dos resíduos. Em cada um dos postos intermediários de armazenamento interno, chamados na instituição de expurgos ou despejos, observou-se a disposição de 01 recipiente para resíduo comum (saco plástico preto), 01 recipiente para lixo contaminado (saco plástico branco) e 01 recipiente para perfurocortantes (caixas de papelão “descarpack”).

Nos postos de enfermagem, há somente 01 recipiente para lixo comum (saco plástico preto) e 01 recipiente para perfurocortantes (descarpack).

Nesse quesito, entre as perguntas que subsidiaram as entrevistas com a profissional responsável, duas delas merecem destaque nesse ponto: a) O motivo da inexistência de recipiente para resíduo contaminado (saco plástico branco) nos postos de enfermagem; b) O motivo da existência de recipientes para resíduos perfurocortantes (caixas descarpack) nos despejos.

Para o primeiro questionamento, a resposta foi pelo custo do produto (embalagem saco branco), ou seja, por ser mais caro, mantêm-se somente nos despejos. Para a segunda pergunta, observou-se uma estratégia da instituição, pois segundo a profissional, “optou-se por deixar no despejo, também, uma embalagem para perfurocortantes, uma vez que, o profissional de enfermagem após sair do quarto com a bandeja de material já utilizado no paciente, pode ir direto para o despejo descartar o lixo contaminado e o perfurocortante, sem a necessidade de retornar ao posto de enfermagem para utilizar o recipiente descarpack.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é disponibilizado, ao lado de cada leito, recipiente para resíduo contaminado (saco plástico branco), sendo recolhido diariamente e encaminhado ao despejo da própria Unidade e, posteriormente ao armazenamento externo.

Ainda, como resultado da observação *in loco*, constatou-se a ausência de recipiente para resíduo comum (saco plástico preto) nos despejos da Clínica Pediátrica / Clínica Médica e ala 100. Além disso, após verificação do conteúdo do recipiente para resíduo contaminado (saco plástico branco) do despejo do Ambulatório (Pronto Atendimento), constatou-se resíduo comum (papel, papelão e plástico) misturado com resíduos contaminados.

Observou-se também, que não há identificação na porta da sala de armazenamento externo dos resíduos, indicando que aquele local é para uso exclusivo de depósito de resíduo hospitalar infectante. Os recipientes são depositados diretamente no piso da sala de lixo infectante, tanto os sacos brancos como as caixas contendo os perfurocortantes. Além disso, a instituição não utiliza carros próprios para o transporte dos resíduos, sendo improvisado no próprio carrinho utilizado pela equipe de limpeza.

Durante o processo de pesagem, através de observação do conteúdo dos recipientes, observou-se grande quantidade de resíduos comuns (principalmente papel e papelão) descartado no recipiente de lixo infectante, corroborando a ocorrência já constatada no armazenamento temporário do ambulatório, conforme anteriormente mencionado.

Os valores médios por setor de origem (fonte geradora) foram sintetizados na tabela seguinte para melhor visualização, bem como na figura subsequente o percentual correspondente de cada tipo de resíduo.

Tabela 2. – Quantidade média diária de resíduos gerada por setor no HMP no período apurado

Setor de origem	Tipos de resíduos		
	Valores médios diários (kg) Comum (Grupo D)	Infectante (Grupo A)	Perfurocortante (Grupo E)
Enfermarias	20,18	15,07	2,58
SND (Copa/Cozinha)	43,85	-	-
Ambulatório	7,87	13,3	2,85
Centro Cirúrgico	1,36	5,85	0,80
UTI	1,25	5,86	0,80
Laboratório	0,39	-	-
Administrativo	8,88	-	-
Lavanderia	2,38	-	-
Pátio	8,64	-	-
Total (média)	94,80	40,08	7,03

Não houve quantidade suficiente de material perfurocortante no Laboratório durante o período, uma vez que, o recipiente é lacrado e disponibilizado no armazenamento externo somente quando está completamente cheio. Quanto aos resíduos infectantes gerados no Laboratório, estes são descartados nos postos de armazenamento intermediário das Enfermarias da unidade hospitalar, não tendo, portanto, recipiente próprio para descartar este tipo de resíduo. O Serviço de Nutrição e Dietética (SND) não promove a separação dos resíduos oriundos de quartos de pacientes que estejam em sistema de isolamento, portanto, não houve possibilidade de aferir estes valores, sendo incorporados na categoria de resíduos comuns.

A apuração da taxa de resíduos/leito/dia compreendeu a relação entre o volume total de resíduos gerado no período, a média de ocupação de leitos no período, bem como a quantidade de dias do período.

De acordo com OPAS (1997) na América Latina, a média de geração de resíduos varia entre 1,0 e 4,5 kg/leito/dia, acrescentando que, desses resíduos, 10 a 40% são considerados perigosos.

Assim, pelos dados apresentados na tabela seguinte (Tabela 3), observa-se que a geração de resíduos/leito/dia da unidade hospitalar, objeto deste estudo, encontra-se dentro dos parâmetros médios.

Tabela 3. – Geração diária de resíduos por ocupação média de leitos no período.

Tipo de Resíduo	Infectante	Perfurocortante	Comum
Total Gerado – Período	280,55	49,20	663,65
Média Ocupação Leito – Período	32,71	32,71	32,71
Nº de Dias	7	7	7
Kg/Leito/Dia	1, 2252	0, 2148	2, 8984

5. CONCLUSÃO

Apesar da inexistência de um Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS), a instituição hospitalar tem se mostrado, de certa forma, atenta a questões consideradas cruciais no manejo de seus resíduos. Todavia, alguns pontos considerados estratégicos devem ser observados para correta adequação à legislação e, ainda, sua consolidação no compromisso com a qualidade e segurança dos processos no gerenciamento dos RSS.

A proposta de elaboração de um plano formal de gerenciamento envolvendo todos os colaboradores seria um ponto de partida fundamental para o caminho que a instituição pretende trilhar. O processo inicial de sensibilização de toda comunidade interna para a importância do manejo correto dos resíduos, seria de grande valia, acompanhado de um processo contínuo de capacitação (educação permanente?).

Entre as principais sugestões destacam-se as seguintes:

- Envolvimento de toda comunidade interna, além de representantes externos (clientes/fornecedores/parceiros) no processo de elaboração do Plano;
- Criação de Comissão específica para o desenvolvimento, implementação e monitoramento do Plano;
- Realização das adequações necessárias, levando-se em consideração a legislação pertinente, atualizada e em vigência;
- Aprimoramento do processo de segregação como importante etapa no processo em geral;
- Separação dos resíduos para reciclagem com vistas ao fortalecimento da consciência ambiental dos diretamente envolvidos, além de servir de exemplo para a comunidade externa;
- Implementação de cursos regulares como parte do processo de treinamento/capacitação de todos os colaboradores.
- Adequação da sala de armazenamento externo, tanto para os resíduos infectantes e perfurocortantes quanto para o comum;
- Aquisição de carros de transporte adequados para o transporte interno dos resíduos.

Para a busca efetiva da qualidade e da segurança, outros pontos podem e devem ser contemplados; todavia, à instituição cabe o desafio de superar a barreira cultural de achar que por se tratar de uma santa casa, caracterizada pela limitação de recursos, o alcance desse patamar torna-se impossível.

Sabe-se, contudo que o amadurecimento do processo virá com o tempo; todavia, é necessário integrar tais propostas na política interna da organização, de modo que possa envolver todos os níveis organizacionais, desde os colaboradores da base até a Mesa Administrativa da unidade hospitalar.

Referências

- ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução nº 306 de 07 de dezembro de 2004. Regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 dez. 2004.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. In: **Rev. Assoc. Med Brasil**, 45 (4), São Paulo, 1999, p. 357-63.
- (BRASIL). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde ambiental e gestão de resíduos de serviços de saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BRITO, M. A. G. de M. Considerações sobre resíduos sólidos de serviços de saúde. **Rev. Eletr. de Enfermagem**, 2 (2), UFG, 2000.
- CONFORTIN, A. C. **Estudos dos resíduos de serviços de saúde do Hospital Regional do Oeste/SC**. 2001. 181f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, 2001.
- COSTA, W. M. da; FONSECA, M. C. G. da. A importância do gerenciamento dos resíduos hospitalares e seus aspectos positivos para o meio ambiente. In: **HYGEIA – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, 5 (9), dez./2009.
- FERREIRA, J. A. Resíduos sólidos e lixo hospitalar: uma discussão ética. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (2), abr./jun, 1995.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- LIPPEL, M. **Modelo de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde para pequenos geradores** – o caso de Blumenau/SC. 2003. 120f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciência e Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2003.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente. **Guia para o manejo interno de resíduos sólidos em estabelecimentos de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 1997.
- URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva dos clientes. **RAE – Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 4, out./dez., 2001.

Qualidade e Segurança

P_37_2011 - Auditoria de Prontuário do Paciente: Um Processo de Aprendizagem e Integração Institucional

Tatiana Magalhães Demarchi, Maria Lucia Bom Angelo, Eliana Claudino de Lima, Ricardo Fajardo Cury, Marcos Antonio Miguel Cordeiro, Irai Araujo Amaro Lourenco, Valerio Antonio Calle, Cristiano Fernando Rosas, Oswaldo Antonio Cavallari Sobrinho, Jose Artur Azevedo de Souza Marques, Nadya Suely Goncalves Matsuda, João Carlos Mantese, Carlos Alberto Ruiz, Graciete Maria Alves Lourenço

Palavras-chave: Prontuário do Paciente, Auditoria, Qualidade, Informação

INTRODUÇÃO

A definição de prontuário para o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela resolução nº. 1.638/02 é: um documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados e gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, às equipes multiprofissionais, à instituição de saúde e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação.¹

O prontuário completo possibilita avaliar o desempenho da instituição responsável pela assistência ao enfermo. A avaliação da qualidade e da quantidade de serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas nos diversos formulários. É fundamental, portanto, que estejam confluídos nesse documento todos os dados sobre o paciente e os cuidados assistenciais a ele dedicados.¹

Considerando-se os conceitos de auditoria, verifica-se que seu nascimento ocorreu a partir dos controles financeiros nas organizações e se expandiu para uma avaliação do controle de qualidade e dos processos em diversos campos de atuação, incluindo a área da Saúde. O processo avaliativo, aqui definido como auditoria, constitui um dos instrumentos de gestão desses serviços, visando mensurar os esforços voltados para o alcance da qualidade da assistência prestada aos pacientes.²

O prontuário muitas vezes é usado de maneira imprópria. Irregularidades em seu preenchimento podem resultar grandes complicações principalmente para o paciente.³ Além disso, as imperfeições dos prontuários têm sido obstáculos para mais pesquisas, o que evidentemente causa restrições à assistência médica e à medicina preventiva, sobretudo as promovidas pela administração pública.¹

Outro ponto, é que os prontuários servem ainda como defesa legal dos profissionais como prova documental em processos nas Comissões de Ética, Conselhos de Classe ou processos judiciais.⁴

Dentre as ações promovidas para minimizar esses problemas, em cada instituição de assistência a doentes deverá existir uma Comissão de Revisão de Prontuário. Essa entidade foi criada pela Resolução do CREMESP n.º 70/95 e Resolução de CREMERJ n.º 11/92, tornada obrigatória nas instituições de assistência médica em todo o País pela Resolução CFM n.º 1.638/2002, com o propósito de garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado.

A partir dessa Comissão, nasceu a necessidade da realização de auditorias nos prontuários dos pacientes para verificar as conformidades dos registros encontrados, considerando a padronização hospitalar para o correto preenchimento dos impressos institucionais, medida que garante uniformidade e equivalência entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento.⁵

JUSTIFICATIVA

Seguindo essa tendência, iniciou-se o processo de conferência dos prontuários em um Hospital Gineco-Obstétrico de grande porte de Administração Direta com Gestão Municipal com clientela 100% SUS, com atendimento de demanda espontânea e referenciada, localizado na cidade de São Paulo.

Esta atividade já existe no Hospital desde 2005, porém, não era tão bem estruturada e tinha uma equipe muito reduzida. Em 2008, ela foi reorganizada e transformou-se no Serviço de Auditoria do Prontuário do Paciente e seu objetivo é realizar auditoria retrospectiva⁶ nos prontuários utilizados nas Unidades de Internação (Alojamento Conjunto / Ginecologia / Casa da Gestante / Unidade Neonatal / UTI Adulto) deste Hospital, pois eles contêm o maior número de procedimentos assistenciais.

Esse tipo de auditoria é feita após a alta do paciente e tal atividade visa a auxiliar o uso adequado do prontuário do paciente para a melhor padronização possível e orientar os profissionais para o seu preenchimento correto.

Além disso, o Programa de Certificação da Qualidade, ao qual o Hospital é participante, coloca como um item obrigatório o correto preenchimento e uso dos prontuários.

MÉTODOS

Este trabalho foi realizado em parceria entre a Assessoria de Qualidade e Acreditação Hospitalar, a Diretoria de Informações Técnicas em Saúde, o Serviço de Auditoria do Prontuário do Paciente e o Arquivo Médico do Hospital. Para tanto, todos os formulários que compõem o prontuário foram revistos, passando por padronização de *layout* e revisão de conteúdo por meio de consulta e aprovação dos profissionais multiprofissionais dos diversos setores do Hospital, com aprovação final de todas as Diretorias envolvidas.

Após a padronização dos impressos, criou-se a "Planilha de Auditoria de Prontuário" (Anexo I).

Nesse instrumental é realizado o cruzamento dos formulários imprescindíveis que devem constar nos prontuários com os itens de preenchimento obrigatórios definidos tanto pelos Conselhos e Associações de Classe da área da Saúde, como pelo Programa de Certificação de Qualidade. É verificado, por exemplo, a identificação completa do profissional que realizou o atendimento em todos os formulários.

Cada item que for anotado pelo revisor é caracterizado como uma não-conformidade, além disso, também é identificado qual setor que preencheu o formulário inadequadamente.

Após essa conferência, a planilha segue para digitação em sistema de armazenamento de dados para que sejam elaboradas estatísticas e emitidos os formulários de Notificação das não-conformidades.

Essas notificações são enviadas apenas aos profissionais que deixaram de se identificar em algum dos formulários de um determinado prontuário ou que não descreveram algum procedimento. Ela é encaminhada para o setor onde o formulário que possui a não-conformidade foi emitido e deverá ser assinada pelo profissional envolvido e sua chefia imediata. De posse dessa notificação, o profissional deverá comparecer ao Serviço de Auditoria e solicitar o prontuário para efetuar a correção.

Todo mês é consolidado o Relatório de Gestão sobre a Auditoria nos Prontuários dos Pacientes que informa a tabulação geral das não-conformidades e os escopos das principais situações dessas não-conformidades.

As estatísticas produzidas a partir desses dados são avaliadas mensalmente nas reuniões da Comissão de Revisão de Prontuários, onde são estudadas medidas para a redução das não-conformidades.

RESULTADOS

Em média são auditados entre 450 e 500 prontuários por mês, o que equivale a uma média de 50% das internações realizadas.

Dentre os diversos itens avaliados, as não-conformidades referentes a identificação do profissional e identificação do paciente ficaram acima de 10%, entre algumas classes de profissionais, como os médicos togoginecologistas, anestesistas e enfermagem, considerando que a Comissão de Revisão de Prontuários estabelece como máximo de erros para o preenchimento dos impressos até 5%.

Porém, o retorno das notificações dos profissionais notificados foi muito baixo, fazendo com que exista uma morosidade muito grande na correção do prontuário, tendo em vista que os profissionais geralmente são plantonistas e demoram para receber a notificação, bem como não entendem como imprescindível a correção, já que a auditoria ocorre após a alta do paciente.

Diante desse cenário, entre 2008 e 2009, várias medidas foram tomadas, dentre elas, foi criado o Manual do Prontuário do Paciente que tem por finalidade proporcionar à equipe multiprofissional deste Hospital instruções para o uso correto do prontuário, contendo informações sobre: Aspectos Éticos e Legais, como funciona o Serviço de Arquivo, a Comissão de Revisão de Prontuário, o Serviço de Revisão e o acesso ao prontuário, a descrição e o correto preenchimento dos Formulários, a ordem dos formulários e as falhas e dúvidas comuns.

Para criação desse Manual, foi necessário um refinamento da padronização dos formulários que ainda continham campos para informações repetitivas ou dúbias e não contemplava as reais necessidades dos profissionais.

Além disso, por se tratar de um Hospital-Escola, tornou-se curricular e obrigatório para residentes a aula ministrada pelo presidente da Comissão de Revisão de Prontuários intitulada "Aspectos éticos e legais sobre o prontuário do paciente". Outros eventos relativos ao tema também ocorreram anualmente, com a vinda de representantes do Conselho Regional de Medicina.

Em 2010, foi realizado um evento de lançamento do novo prontuário. Foi montada uma Aula de apresentação do Manual e do novo Prontuário e uma Exposição chamada de "Por Dentro do Prontuário do Paciente", onde os funcionários podiam literalmente passear entre os formulários que ficaram pendurados por meio de barbantes na entrada do Anfiteatro. Essas aulas ocorreram em dois dias diferentes para contemplarem os plantonistas dos dias pares e ímpares.

Porém, apesar de todos os esforços, foi percebida pelo Serviço de Revisão de Prontuários a necessidade de que essas aulas fossem focadas nos setores assistenciais, visto que muitos profissionais não puderam participar do evento.

Considerando a dinâmica dos setores, foi confeccionada uma aula denominada *pocket*, ou seja, mais resumida e que abrangesse os pontos principais do Manual, bem como a utilização dos formulários usados apenas por aquele setor e que pudessem ser ministradas *in loco*.

Os gerentes das unidades assistenciais (médicos e enfermeiros) foram instrumentalizados pela Assessoria de Qualidade para disseminarem entre sua equipe a aula e, concomitantemente, a esta ação, foi criado também o *Check List* Setorial (Anexo II), em substituição a um *check list* único que abrangia o percurso institucional do paciente e não estava sendo efetivo. Esse instrumental funciona como a Planilha de Auditoria, porém, é mais conciso, focando a conferência diretamente nos formulários usados em cada Setor em relação à identificação do profissional e do paciente.

Essa conferência é considerada uma auditoria concorrente, pois é realizada ainda enquanto o paciente está hospitalizado. É feita pelos profissionais atuantes no setor em que se encontra o paciente e acontece antes de o encaminharem para o setor subsequente ou mesmo a pré-alta. Isso facilita a correção imediata, tendo em vista que as não-conformidades são identificadas ainda durante a assistência ao paciente e o profissional que cometeu o erro, poderá corrigi-lo muito rapidamente.

Por um período de um mês, após as aulas *pockets*, a equipe do Serviço de Revisão de Prontuários foi deslocada para atuarem nos setores assistenciais realizando uma auditoria amostral com processo educativo local, ou seja, eles treinaram *in loco* os profissionais para a utilização adequada do *Check List* Setorial.

CONCLUSÕES

A auditoria na área da Saúde vem sendo utilizada como ferramenta de gestão há mais de 50 anos e vem sendo aprimorada.⁷

Atualmente, ela é considerada um elemento essencial para mensurar a qualidade da assistência. Pode-se dizer que ela possui três funções: auditoria como responsabilizadora (função punitiva); auditoria como impacto (função de pesquisa); auditoria como aprendizagem (função educativa, reflexão sobre os processos e resultados).⁸

A auditoria de prontuário engloba essas três funções e este projeto teve como principal característica oferecer subsídios aos profissionais para reorientar suas atividades, estimulando a reflexão individual e coletiva, norteando um processo de educação permanente.

Esse processo educativo não busca o responsável pela falha para responsabilizá-lo, mas questiona o porquê do resultado adverso. Esse referencial estimula a participação da equipe na detecção e busca de soluções.⁹

A integração de todas as categorias profissionais sumariza a idéia de que a participação de todos é fundamental. Para que o prontuário seja de fato uma coleção de documentos que demonstre a qualidade institucional e da assistência, faz-se necessário a realização da auditoria que envolva toda a equipe multidisciplinar, pois cada categoria é capaz de avaliar melhor os procedimentos e registros efetuados de sua área específica.

Fazer bem feito não basta, é preciso um bom registro!

Referências

1. **Prontuário Médico do Paciente: guia para uso prático.** Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. Brasília: CRMDF, 2006.
 2. ADAMI, N.P.; MARANHÃO, A.M.S.A. Qualidade dos serviços de saúde: conceito e métodos avaliativos. **Acta paul. enf.**, v.8, n.4, p.47-55, maio-dez. 1995.
 3. **Manual do Prontuário do Paciente.** Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rio Grande do Sul: HCPA, 2002.
 4. **Código de Ética Médica.** Conselho Federal de Medicina, 2009.
 5. RIOLINO, A.N.; KLIUKAS, G.B.V. Relato de experiência de enfermeiras no campo de auditoria de prontuário – uma ação inovadora. **Revista Nursing**, v.65, n.6, p.35-38, 2003.
 6. FARACO, M.M.; ALBUQUERQUE, G.L. Auditoria do método de assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.4, jul-ago, p.421-424, 2004.
 7. SOUZA, L.A.A.; DYNIEWICZ, A.M.; KALINOWSKI, L.C. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **Revista RAS**, v.12, n.47, p.71-78, 2010.
 8. FELISBERTO, E. **Conceitos de Monitoramento e Avaliação:** I Expo Painel – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 23 de nov. de 2010. Notas de Aula. Apresentação de Slides.
 9. RODRIGUES, V.A.; PERROCA, M.G.; JERICO, M.C. Glosas Hospitalares: importância das anotações de enfermagem. **Arq Ciência Saúde**, v.11, n.4, p.210-214, out-dez. 2004.
- Fontes Consultadas
- Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
- Manual de Orientação Ética e Disciplinar.** CRM - Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina. Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos. v 1 – 2ª ed. Santa Catarina, 2000.
- Roteiro de Visitas.** Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. São Paulo: APM, 2008.
- Serviço de Auditoria de Prontuário.** Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo. São Paulo, 2008.

ANEXO II

ETIQUETA				
Prontuário: _____				
Nome: _____				
Mês: _____				
CNS: _____				
SIS pré-natal: _____				
Setor: _____		Enfermaria: _____		Leito: _____

CHECK LIST PRONTUÁRIO - BLOCO CIRÚRGICO – Obstetrícia

Formulário	LEGENDA: OK – para formulário em conformidade Em branco – para formulário com pendência NA – para formulário que não se aplica	Identificação Paciente	Data	Assinado pelo Profissional	Carimbado ou Nome, Completo e Conselho de Classe Registr
PRÉ-PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO:					
Evolução Obstétrica Diária – P043A					
Controles - Evolução Obstétrica Diária – P142A					
Prescrição Médica Simples – P073A					
Partograma - Fase Latente - Obstetrícia – P068A					
Partograma - Fase Ativa - Obstetrícia – P067A					
Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – P098A					
Histórico de Enfermagem – P057A					
<i>NÃO SE APLICA SE A PACIENTE FEZ PRÉ-NATAL NO HMEC OU PASSOU PELA CASA DA GESTANTE</i>					
Indicadores de Qualidade / Desempenho - Adulto - Enfermagem – P059A					
Termo de Consentimento Pós-Infomação para Procedimento Clínico/Cirúrgico – P107A					
Termo de Consentimento Pós-Infomação para Procedimento Anestésico – P010 A					
<i>NÃO SE APLICA PARA PARTOS NATURAIS</i>					
PÓS-PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO:					
Ficha Anestésica – P047A					
<i>NÃO SE APLICA PARA PARTOS NATURAIS</i>					
Critérios de definição para Gestação de Alto Risco – P020A					
Informação de Procedimento Obstétrico – P062A					
Controle de Partos - Centro Obstétrico/Centro Cirúrgico – P027A					
Gasto de Sala CCO – P055A					
Prescrição Médica Carbonada – P072A					
Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE – P098A					
Laudo para Solicitação de AIH – P066 A					
<i>APLICA-SE APENAS SE A PACIENTE VEIO DA CASA DA GESTANTE</i>					
BEBÊ:					
Anamnese e Exame Físico do RN – Neonatologia – P004A					
Aviso de Nascimento – P017A					
Controle de Recém-nascido - Centro Obstétrico/Centro Cirúrgico – P028A					
Ficha RN - Centro Obstétrico – P052A					
Sistematização da Assistência de Enfermagem ao RN – P099A					
PLANEJAMENTO FAMILIAR - LAQUEADURA:					
Ficha de Registro Individual de Notificação de Esterilização – P050A					
EM CASO DE ALTA:					
Resumo de Alta Hospitalar Obstétrico – P094A					
EM CASO DE FALECIMENTO:					
Aviso de Óbito – P018A					
Autorização de Necropsia – P013A					
Requisição de Necropsia – P091A					
Checado em:		Checado por:			
_____/_____/____		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <small>Nome e Registro Profissional (no Cadastro) Assinatura do Profissional</small> </div>			
OBSERVAÇÃO:					

Qualidade e Segurança

P_38_2011 - Gestão por Processos Como Ferramenta da Qualidade em um Hospital-Maternidade Público do Município De São Paulo

Tatiana Magalhães Demarchi

Palavras-chave: Processos, Qualidade, Planejamento, Administração em Saúde.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira descreve em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”¹

A partir desse pressuposto, podemos dizer que a saúde mesmo sendo um direito, depende de diversos recursos, principalmente os ligados a financiamento.²

Considerando os atuais estudos sobre Economia e Saúde, verifica-se que para a obtenção do melhor estado de saúde, individual e coletiva, é necessário a confluência dos diversos recursos disponíveis (financeiros, humanos, materiais e tecnológicos).²

Entre os anos 70 e 80, ocorreu uma expansão da cobertura populacional pelos sistemas de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento.³ Apesar de essa expansão ter sido considerada positiva, ela gerou preocupações quanto à sua sustentabilidade econômico-financeira e política, bem como sua efetividade técnica e impacto na saúde populacional.³

Essa preocupação fez com que novas formas de pensar os serviços e sistemas de saúde iniciassem uma integração entre o conhecimento clínico e epidemiológico e o planejamento e gestão. Tal integração é capaz de orientar as ações no sentido de desenvolver competências, adequar conhecimento científico e tecnológico, bem como trazer inovações em políticas e impactos positivos na saúde dos indivíduos.³ Para concretizar essas mudanças, surge o termo integralidade como um dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.¹

A questão da integralidade na atenção à saúde passa a ser vista também sob o aspecto de organizar os recursos disponíveis, a partir da produção do cuidado (rede básica, atenção à urgência e atenção hospitalar).⁴

A produção do cuidado na área hospitalar consiste em “um esforço de uma abordagem completa, holística, portanto integral, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por um certo período de sua vida, precisasse de cuidados.”⁵ Portanto, a incorporação de uma linha de cuidado integral liga-se a aspectos econômicos, sociais, tecnológicos e ambientais.

Neste âmbito, as instituições de saúde vêm aprimorando seus processos, ao qualificar seus profissionais e adotar ferramentas que auxiliam na gestão de seus recursos face às suas metas organizacionais.⁶

Como indicação fundamental para as observações da qualificação da assistência, podem-se destacar três elementos inovadores: o foco no cliente, os processos e a visão sistêmica.

Tais elementos são extremamente similares aos conceitos de integralidade e consideram os hospitais como organismos complexos em que diversas categorias profissionais interagem e não conhecem todo o processo de trabalho, o que resulta em uma possível execução de tarefas redundantes e desnecessárias.⁷

Tendo em vista a necessidade de revisões dos padrões assistenciais, nota-se que o conceito de processo agrupa as diversas perspectivas dos elementos acima citados, por meio de dois parâmetros: processo como fluxo de trabalho para produção de algo de valor e como coordenação das ações, ligado a fatores de trabalho em equipe e colaboração.⁸

A análise dos processos nas organizações se originou no movimento de gestão pela qualidade total, cujo objetivo era tornar evidente a necessidade de que o alcance de resultados está diretamente ligado à articulação das atividades, identificando o papel de cada departamento e pessoa para a agregação de valor aos clientes.⁹ Neste sentido, para entender os processos é necessário que estejam uniformemente representados e compreendidos.¹⁰

Por isso, o mapeamento de processos é um instrumento para introduzir mudanças, principalmente nos sistemas de gestão, para que de fato ocorram melhorias da qualidade da assistência e da implementação efetiva de políticas intersetoriais.³

Dessa abordagem nasce um dos pilares da qualidade em saúde, a Gestão por Processos.⁹ Colocar tal modelo em prática requer uma nova forma de analisar e decidir como será o dia-a-dia da organização, sempre voltada para resultados de curto, médio e longo prazos.⁸

Diante do exposto, a implantação da gestão por processos pode ser uma das saídas mais apropriadas para a melhoria da eficiência, redução de custos e qualidade dos serviços de saúde, tornando-se um instrumental prático para o aperfeiçoamento gerencial e dos sistemas produtivos.

Seguindo essa tendência, este projeto mapeou os processos assistenciais de um Hospital Gineco-Obstétrico de grande porte de Administração Direta com Gestão Municipal com clientela 100% SUS, com atendimento de demanda espontânea e referenciada, localizado na cidade de São Paulo.

JUSTIFICATIVA

Levando-se em conta os benefícios da gestão por processos, os desafios da integralidade na saúde e a realidade do Hospital, objeto deste estudo, é importante delinear alguns aspectos relacionados à diversidade, complexidade e intersetorialidade nas instituições de saúde.

Para tanto, mapear os principais processos do Hospital se fez necessário para buscar introduzir melhorias de desempenho.

MÉTODOS

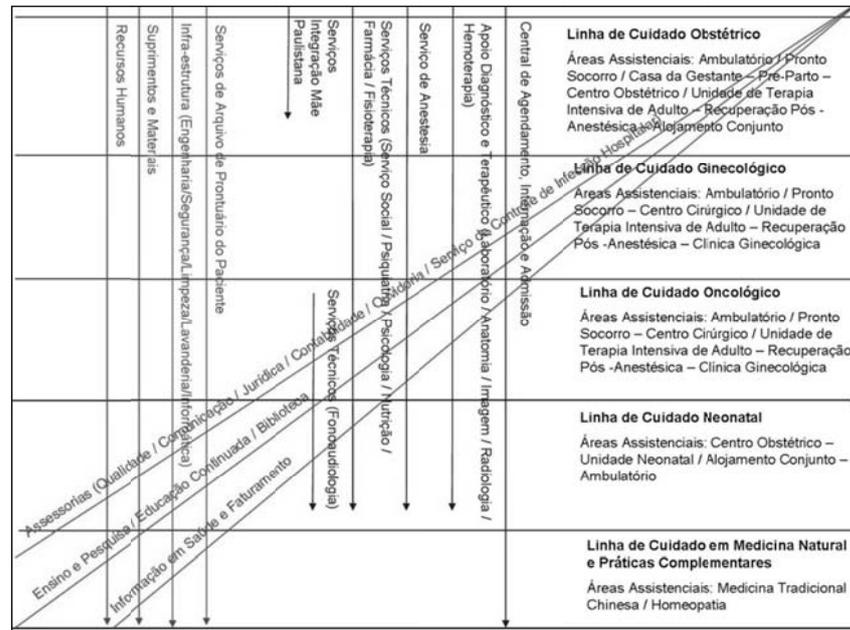
A partir desta escolha, foi realizada uma pesquisa descritiva qualitativa. Ela permite conhecer com profundidade a percepção que os públicos de interesse têm sobre uma instituição, o que auxilia na construção de estratégias e de sistemas de trabalhos melhor integrados, bem como na execução de ações assertivas, preparadas para sanar problemas específicos.¹¹

Antes de iniciar o mapeamento, foi necessário recorrer a um instrumento da área da Gestão e Administração para colocar em prática as iniciativas citadas.

Cecílio e Merhy (2003) construíram um modelo de gestão centrado na coordenação do cuidado, pensando em uma modelagem da gestão como um todo a partir do cuidado ao paciente e da “condução mais participativa do hospital, para obter um maior grau de adesão dos trabalhadores para o projeto de construção de hospitais públicos de boa qualidade.”⁵

O objetivo desse modelo, segundo os autores, é “criar mecanismos que facilitem as práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, leve, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, menos ruidosa, em particular a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado.”⁵

Usando esse modelo como base, identificaram-se as Linhas de Cuidado com as quais o Hospital, foco deste estudo, trabalha, além de destacar suas respectivas unidades de cuidado, bem como as linhas transversais e verticais, que servem de apoio técnico e administrativo, conforme figura a seguir:



Fluxograma de Gestão Centrado na Coordenação do Cuidado do Hospital

Nesta construção para o Hospital, as diversas linhas são destacadas por cores, as que representam as Linhas de Cuidado estão em preto e são grafadas horizontalmente. As Linhas de Suporte com Atendimento Direto ao Paciente são verticais e fazem o apoio técnico às diversas linhas de cuidado, porém não necessariamente a todas. Elas são identificadas com a cor azul.

As Linhas de Suporte com Atendimento Indireto ao Paciente também são verticais e fazem o apoio administrativo a todas as linhas. São identificadas com a cor verde.

As Linhas Integradoras são transversais de cor vermelha, e correlacionam todas as outras linhas.

Pode-se verificar que esse modelo funciona como um fluxograma, já que esta ferramenta é a que melhor representa as interações e trocas realizadas entre os elementos que integram os processos.

Foi escolhida para este projeto apenas a Linha de Cuidado Obstétrico. A coleta dos dados foi feita a partir da Observação Sistemática em cada unidade de trabalho desta linha, bem como por meio da busca de informação em fontes secundárias (como documentos e formulários utilizados) e conversas informais com os gerentes e funcionários das áreas para minimização de possíveis dúvidas técnicas.

Para tanto, o levantamento de dados se deu a partir da identificação dos seguintes itens: Atividades desenvolvidas para a realização do processo; Sequência da execução destas atividades; Resultado da Atividade; Recursos necessários (materiais, equipamentos, formulários, sistemas de informação); Agentes envolvidos (profissionais envolvidos nas atividades); Clientes e Fornecedores (agentes ou unidades externas ao serviço mapeado que tenham alguma relação com as atividades realizadas); Indicadores utilizados.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital citado para fins de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde.

RESULTADOS

Esses processos foram analisados do ponto de vista da integralidade e, partindo deste pressuposto, pode-se verificar quais as características singulares do funcionamento deste Hospital, além de permitir uma reflexão sobre as estratégias de gestão a fim de entender sua modelagem de acordo com as linhas de cuidado detectadas neste ambiente.

A identificação dos dados levantados foi traduzida de maneira esquemática por meio da utilização de fluxogramas, para demonstrar de forma objetiva as atividades realizadas, sua sequência e os profissionais atuantes, e por meio de um mapa que considerou qual a tarefa, o produto esperado, o tipo de recurso necessário e o indicador existente em cada unidade assistencial da Linha de Cuidado Obstétrico.

Para exemplificar este projeto, colocamos nos Anexos I e II, o fluxograma e o mapa elaborados para a Casa da Gestante de Alto Risco que é apenas uma das unidades assistenciais da Linha de Cuidado estudada.

CONCLUSÕES

Os conceitos de integralidade e linhas de cuidado estão em parte presentes na gestão do Hospital, porém não de forma sistematizada como aqui apresentados. O mapeamento provê uma estrutura para que os macro-processos das linhas de cuidado possam ser avaliados de forma simples.

A partir desse princípio, verifica-se que não há um enfoque sistêmico e integrado dos processos. Existe uma visualização funcional do Hospital, centrado em unidades assistenciais, de apoio técnico e administrativas, independentes. A partir desse mapeamento, nota-se que para a realização do cuidado integral à paciente é necessário entender a articulação entre os diversos processos e como integrá-los de forma racional alinhando-os aos princípios organizacionais da Instituição.

Ainda deve ser considerada na análise, a comunicação que se apresentou ruidosa, onde as partes não conseguem expressar claramente o que precisam e como precisam.

Assim, é possível concluir que a relação entre clientes e fornecedores internos está comprometida, pois há uma insuficiente contratualização entre os diversos setores demandados a dar suporte e respaldar a assistência dentro do Hospital, tendo como consequência a melhoria da qualidade da assistência e a visando a segurança do paciente.

Portanto, seria importante a investigação mais aprofundada das interligações construídas, para identificar os problemas que têm ocorrido e que têm impacto sobre a agilidade e qualidade da assistência, pois estimular as articulações entre os clientes e os fornecedores garante instituir novos e mais produtivos acordos intra-institucionais.

Outro aspecto verificado foi que apesar dos funcionários entenderem suas atividades e realizá-las de forma adequada, percebeu-se que eles não se visualizam em um trabalho de equipe e cada categoria profissional exerce sua função de maneira independente. A cobrança pela realização do trabalho não contempla o impacto de uma perspectiva mais ampla de suas atividades sobre outras áreas.

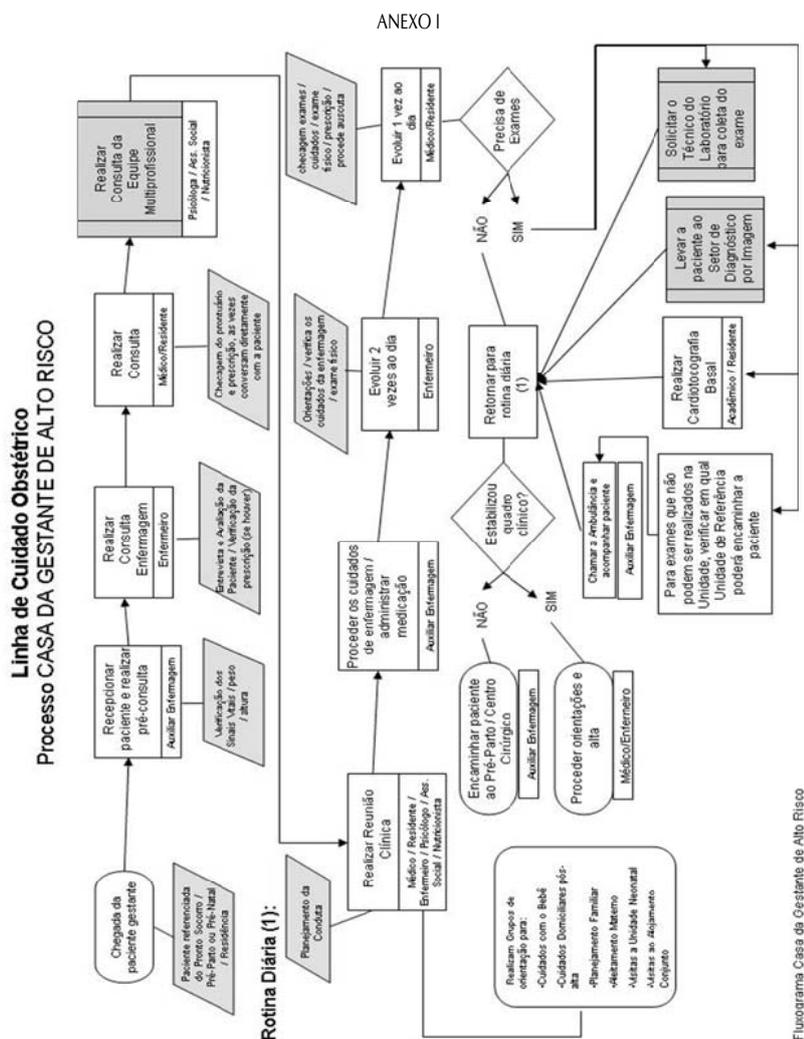
Considerando que se faz necessário introduzir melhoria no desempenho dos processos analisados, principalmente nas interações entre eles e os de suporte com atendimento direto e indireto ao paciente, é imprescindível iniciar o redesenho desses processos a partir da identificação de quais as responsabilidades de cada um, bem como as possíveis fronteiras e interfaces das atividades, quem são os fornecedores e clientes dos processos e como deverá ser essa relação, como está sendo medido o desempenho, quais atividades agregam valor, quais são imprescindíveis, quais geram retrabalho.

O redesenho tem como objetivo o alcance da racionalização no trabalho, da satisfação dos envolvidos, da inovação e consequentemente da melhoria da qualidade.

A preocupação maior é garantir a segurança do paciente e a qualidade da assistência e a gestão por processos é um caminho que tem esse enfoque. É necessária maior percepção das relações entre os processos, não basta controlar os resultados. É preciso ouvir, treinar e integrar as pessoas visando gerar um fluxo de atividades mais equilibrado e com controles mais eficazes. Por isso, o redesenho deverá ser tratado de forma planejada e orientada para resultados de curto, médio e longo prazos.

Referências

1. **Constituição Federal**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 21/09/09.
2. VIANA, A. L.; et al. **Economia e Saúde**. Clínica Médica. São Paulo: Manole, 2009, v. 01, p. 413-420.
3. NOVAES, H. M. D.. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/02.pdf>>. Acesso em 23/08/09.
4. FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M. Jr. **Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas do Cuidado**. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no Cotidiano. HUCITEC. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_na_Assistencia_a_saude_-_Prof_Dr_Tulio_Franco_e_Helvecio_Magalhaes.pdf>. Acesso em 16/07/09
5. CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>. Acesso em 16/07/09.
6. QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais: Administração da Qualidade e Acreditação de Organizações Complexas**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004.
7. AMARAL, A. E. H. B., PINTO, S. S. Textos para o Programa de Desenvolvimento Gerencial de Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Fundap, 2008.
8. BRANCO, I. V. C. Modelagem de Processos Organizacionais Integrada às Aplicações Práticas de Aprendizagem Organizacional e Competências Conversacionais. 2008. Disponível em: <http://www.bddt.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=825>. Acesso em 18/08/09.
9. BATEMAN, T. S.; SNELL, S. A. **Administração: construindo vantagem competitiva**. São Paulo, Atlas, 1998.
10. SOUSA, R. M. D. **Técnicas de Modelação de Processos para a Redefinição de Processos Organizacionais**. 1997. Disponível em: <<http://www3.dsi.uminho.pt/jac/documentos/Sousa1997.pdf>>. Acesso em 11/08/09.
11. PEREIRA, M. A. **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.marco.eng.br/metodologia/aulas/Aula4A-Format-MetodosPesquisa.pdf>>. Acesso em 23/08/09.



ANEXO II

MAPEAMENTO DO PROCESSO		Linha de Cuidado Obstétrico - Casa da Gestante de Alto Risco			
RESULTADO DO PROCESSO: Estabilização do Quadro Clínico					
Fornecedores:					
Farmácia / Almoxxarifeado / Central de Material / Laboratório / Ultrassom / Pronto Socorro / Pré-Parto Ambulatório / Central de Internação		Clientes:			
		Pré-Parto / Centro Obstétrico / UTI Adulto			
Indicadores Existentes					
Nº de Internações / Produção e Produtividade de Enfermagem / Perfil Nosológico / Média de Permanência / Taxa de Ocupação / Índice de Rotatividade / Índice de Intervalo de Substituição / Incidência de Flebite, Queda e Não conformidade na Administração de medicamentos					
SISTEMA GERENCIAL					
Tarefas	Produto da Tarefa	Quem	Onde	Quando	Recursos necessários
Recepcionar o paciente e realizar Pré-Consulta	Acolhimento, Verificação e Registro dos Sinais Vitais	Auxiliares de Enfermagem	No setor	Na chegada do paciente	Material de escritório / Formulários / Equipamentos médico-hospitalares
Realizar Consulta de Enfermagem	Entrevista e Avaliação da Paciente	Enfermeiro	No leito	Após recepção do paciente	Material de escritório / Formulários
Realizar Consulta	Prescrição e determinação do cuidado	Médicos / Residentes	No leito	Após Consulta de Enfermagem	Material médico / Equipamentos médico-hospitalares / Material de escritório / Formulários
Realizar Consulta da Equipe Multiprofissional	Entrevista e Avaliação da Paciente	Psicólogo / Assistente Social / Nutricionista	Em consultório ou leito	Após Consulta Médica	Material de escritório / Formulários
Realizar Reunião Clínica	Planejamento da Conduta e criação de Grupos de Orientação	Médicos / Residentes / Enfermeiro / Psicólogo / Assistente Social / Nutricionista	Sala de Reuniões	Diariamente	Material de escritório / Formulários / Material Didático
Proceder os cuidados de enfermagem	Controle do quadro clínico / administração de medicação	Auxiliares de Enfermagem	No leito	Diariamente	Material médico / Equipamentos médico-hospitalares / Formulários
Evoluir o paciente 2 vezes ao dia	Avaliação, Orientações e controle do cuidado de enfermagem	Enfermeiro	No leito	Diariamente	Material de escritório / Formulários
Evoluir o paciente 1 vez ao dia	Avaliação, Orientações, avaliação do quadro clínico, solicitação de exames	Médico / Residente	No leito	Diariamente	Material de escritório / Formulários
Encaminhar para exames	Apoio ao Diagnóstico e/ou Tratamento	Auxiliar de Enfermagem	Diagnóstico por imagem - Unidade Referenciada	Após requisição médica	Equipamentos médico-hospitalares / Ambulância
Encaminhar paciente ao Pré-Parto / Centro Cirúrgico	Controle de Interferências	Médico / Enfermeiro	Pré-Parto	Após intercorrência	Equipamentos médico-hospitalares
Proceder Orientações e Alta	Encaminhamento para domicílio ou internação	Médico / Enfermeiro	No setor	Após estabilização do quadro clínico	Material de escritório / Formulários

Figura 3. Mapa Processo Casa da Gestante de Alto Risco

Indicadores Assistenciais

P_39_2011 - Podemos estimar a performance de uma UTI pela variação da mortalidade de grupos de pacientes?

Andre Luiz Baptiston Nunes, Carolina Ferreira Pinto, Rafaela Deczka Morsch, Camila Dias, Amílcar Oshiro Mocelin

Resumo: A performance de uma UTI deve ser analisada por vários aspectos. Um dos métodos aceitos pela literatura é a determinação da relação mortalidade observada / mortalidade esperada por um dos índices prognósticos validados. Como este método é trabalhoso e seu cálculo mensal mostra resultados retrospectivos, podemos reconhecer variações do desempenho tardiamente. Na tentativa de agilizar o processo, testamos a hipótese de que a variação da mortalidade observada em relação à mortalidade histórica de amostras dos pacientes poderia evidenciar variações da performance de maneira rápida e confiável. Uma grande população (4745 pacientes) com resultados ajustados ao índice prognóstico (APACHE IV com SMR 0,95) pôde ter sua performance acompanhada pelo resultado da mortalidade observada em relação a mortalidade média de grupos de 100 pacientes com sensibilidade de 95% e especificidade de 85%.

Introdução: O acompanhamento da performance da UTI é assunto controverso e de grande interesse prático. Nas últimas décadas, a medida da relação entre a mortalidade hospitalar observada e a esperada (SMR – “standardized mortality ratio”), obtida por algum dos vários índices prognósticos disponíveis (APACHE, SAPS, MPM, etc.), tem sido aceita pela literatura como válida. Por esse critério, a UTI que obtém um SMR menor ou igual a um teria um resultado clínico satisfatório de acordo com o índice prognóstico adotado. A vantagem oferecida por este método está na possibilidade de comparação entre diferentes serviços com população semelhante, mesmo que o perfil de gravidade não seja o mesmo, pois o aumento da mortalidade esperada conseqüente a maior gravidade “corrigiria” o aumento da mortalidade observada. Essa prática permitiu a execução de trabalhos multicêntricos com resultado clínico como objetivo primário. A correta interpretação do SMR pressupõe uma série de cuidados: utilização do mesmo índice prognóstico e exclusão dos pacientes que não tem validação do cálculo do risco, entre outros e principalmente a consciência de que quanto mais genérico for o índice prognóstico, maior a chance de erro em subpopulações de pacientes, como cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio, por exemplo. Acompanhar a performance de uma UTI com o SMR requer o cálculo do índice prognóstico escolhido para todos os pacientes admitidos elegíveis ao método e o seu acompanhamento até a saída hospitalar, onde se constata a mortalidade hospitalar observada e a cada período estabelecido, geralmente mensal, determina-se o SMR. Apesar de identificar variações da performance clínica com precisão aceitável, o reconhecimento do problema (aumento da mortalidade em relação ao risco) se faz retrospectivamente e a busca das causas e soluções acaba sendo atrasada de maneira dependente da periodicidade da análise dos dados.

Justificativa: Este trabalho analisa o comportamento da variação da mortalidade na população geral da UTI em cortes de pacientes com número definido (50, 100 e 500) e compara ao SMR, com o objetivo de desenvolver um método capaz de reconhecer precocemente variações na taxa de mortalidade observada, e desencadear processos de identificação e correção de problemas que podem aumentar a mortalidade de pacientes graves.

Métodos: Analisamos retrospectivamente 4745 pacientes admitidos em uma UTI geral de um Hospital terciário, privado e localizado no Município de São Paulo. Os pacientes foram divididos pela ordem de admissão em cortes com 50, 100 e 500 pacientes e para cada uma delas foi calculado mortalidade hospitalar observada, risco de óbito de acordo com o APACHE IV e o SMR. O cálculo do APACHE IV foi prospectivamente realizado entre março de 2008 e dezembro de 2010. Consideramos como “padrão ouro” para identificação de desempenho clínico inadequado um SMR > 1. Após a identificação dos grupos de pacientes com mau desempenho, observamos a capacidade dos desvios da média e mediana de óbitos de toda a população em reconhecer estes grupos. Para isso foram calculados acurácia, sensibilidade, especificidade e preditividades positiva e negativa para cada uma das cortes.

Resultados: A mortalidade observada média na população foi de 8% e o risco médio de óbito calculado pelo APACHE IV 8,4%, resultando em um SMR de 0,95. Podemos dizer que, teoricamente, 399 pacientes poderiam ter morrido e de fato morreram 380, com um total de 19 “vidas salvas” ou que a cada 1000 altas hospitalares, 4 vidas adicionais são salvas de acordo com o risco calculado pelo APACHE IV. O cálculo da média e mediana da mortalidade observada (MO) dos agrupamentos está resumido na tabela 1. A média da mortalidade observada foi maior que a mediana e a sua utilização como “ponto de corte” poderia reduzir a sensibilidade do método, o que não foi observado (a sensibilidade da média e mediana foi 95%). A menor variabilidade observada (DP) com o aumento do número de pacientes nos agrupamentos era esperada, uma vez que com o aumento da amostra nos aproximamos da totalidade dos pacientes.

Tabela 1 – resumo do cálculo da média e mediana da mortalidade esperada dos grupos de pacientes.

Agrupamento	Média ± DP MO	Mediana MO
50 pacientes	8,4 ± 3,2%	8,3%
100 pacientes	8,4 ± 2,1%	7,9%
500 pacientes	8,4 ± 1,5%	7,8%

A tentativa de se utilizar a média mais um desvio padrão como “ponto de corte” foi imediatamente descartada por ter baixas sensibilidade e especificidade (74 e 37%, respectivamente). A análise da capacidade de discriminação da média da mortalidade observada está resumida na Tabela 2.

Tabela 2 – resumo do cálculo da acurácia, sensibilidade, especificidade e valores preditivo positivo e negativo da mortalidade observada em identificar aumento do SMR

	MO média 50 pacientes	MO média 100 pacientes	MO média 500 pacientes
Acurácia	80%	89%	50%
Sensibilidade	85%	95%	60%
Especificidade	75%	85%	60%
Valor preditivo (+)	73%	81%	60%
Valor preditivo (-)	87%	96%	60%

Nesta população, a observação da mortalidade hospitalar a cada 100 pacientes com internação na UTI foi capaz de mostrar com mais agilidade variações na performance.

Conclusões: A primeira consideração a ser feita, é que a população estudada é grande e homogênea, além dos resultados apresentados pela UTI no período estarem bastante calibrados à mortalidade esperada pelo APACHE IV. Dessa maneira, a variabilidade do SMR dependeria mais da mortalidade observada do que da esperada criando um “acoplamento matemático” que seria responsável pelo resultado. Outra consideração a respeito da população é que a média de altas hospitalares mensal é de 150 pacientes, permitindo que a análise da mortalidade de 100 pacientes seja feita com 20 dias, agilizando o processo. As UTIs com menor número mensal de altas só se beneficiariam do processo com cortes menores, mesmo assim a sensibilidade observada para 50 pacientes foi 85%. Em Hospitais com populações heterogêneas, o método precisa ser validado pois não sabemos exatamente o que aconteceria caso a mortalidade esperada variasse significativamente. O cálculo do SMR não deve ser abandonado sob nenhuma hipótese, pois nos informará a calibração dos resultados observados em relação ao índice prognóstico utilizado. Na prática, a medida da mortalidade de grupos de pacientes comparada com a média histórica pode nos avisar que o processo precisa ser visto com mais atenção, dessa maneira, problemas sistêmicos relacionados ao cuidado desses pacientes poderiam ser detectados com mais agilidade. Em um primeiro momento, o cálculo da mortalidade esperada pode ser feito pelo índice prognóstico que mais se ajuste a população, e a medida que observamos a melhora dos resultados (SMR < 1), migramos para índices mais restritivos.

Acreditação

P_41_2011 - Implantação de Modelo de Gestão de Qualidade em Programa de Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos

Ana Elisa Alvares Correa de Siqueira, Luciene Carvalho Mendes Giusti, Marcelo K. Katayama

Resumo: A atenção primária na saúde é considerada a principal estratégia de saúde sustentável. O objetivo deste trabalho foi apoiar a estruturação dos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças através de modelos subsidiados pela gestão da qualidade, diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Organização Nacional de Acreditação e Canadian Council Health System Accreditation, para garantir excelência, sustentabilidade, confiabilidade e resultados, tornando-os aptos a adquirirem a confiabilidade do mercado e um modelo de certificação futura. Como resultado, o programa foi certificado em nível de excelência em 2010, sendo até o momento, o único neste segmento, na América Latina.

Palavra chave: promoção de saúde, qualidade, acreditação

INTRODUÇÃO

Segundo o Manual de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças da ANS os primeiros conceitos de promoção de saúde foram definidos pelos autores WINSLOW em 1920 e SIGERIST em 1946.

Posteriormente, outros autores, LEAVELL & CLARK (1965) introduziram o conceito de três níveis de prevenção de doenças: primária, secundária e terciária.

A atenção primária na saúde é considerada pelos profissionais, organizações do segmento e governo, como a principal estratégia na prevenção de riscos e doenças.

A Carta de Ottawa, elaborada na 1ª Conferência Internacional sobre promoção de Saúde em 1986, conceitua promoção de saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde considerando o bem estar físico mental e social. Afirma também que a promoção de saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor de saúde e vai além de um estilo de vida saudável na direção de um “bem estar global”.

O Estado e o setor privado sempre atuaram, em maior ou menor escala em ações sanitárias, campanhas, triagens de saúde e comunicações de orientação e conscientização dos cuidados em saúde para a população. Entretanto a alta sinistralidade das carteiras no setor privado e a alta taxa de ocupação e custos dos Hospitais públicos são fatores motivadores para uma reflexão sobre os programas desenvolvidos até então.

Os autores **SILVEIRA & HAYASHI** apud (**SCARPI**, 2004) afirmam que o foco de atenção em saúde no futuro não seria somente o tratamento, mas também a prevenção de doenças, a promoção de saúde e outras opções terapêuticas hoje consideradas alternativas ou complementares. Fato que estamos vivenciando hoje.

Os programas de promoção de saúde existentes até hoje, na sua maioria, apresentam modos diversificados na conceituação e definição das ações de prestação deste serviço, apesar das diretrizes desenvolvidas pela ANS, presentes no Manual técnico de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. (2007/2009).

A ANS, com intuito de desenvolver a atenção primária em nosso modelo de saúde suplementar, libera a **RN n 94, de 23/03/2005** estabelecendo critérios de deferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco definida na Resolução **RDC Nº 77, de 17 de julho de 2001**, a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que programassem programas de promoção da saúde e prevenção de doença para seus beneficiários. Desta maneira a busca pelos processos de qualificação destes programas tornou-se mandatário para a aplicação do conceito acima referido.

A Instrução Normativa nº 24, de 8 de dezembro de 2009 publicada pela DIPRO- Divisão de normas e habilitação dos produtos /ANS, dispõe sobre a permissão para que operadoras de planos privados de assistência à saúde busquem Instituições Acreditoras para certificação de seus produtos. Para tanto, tais Instituições devem aplicar metodologias validadas pela própria Agência, baseadas nas diretrizes do Manual de Promoção de Saúde da ANS e aprovada pelo mesmo órgão.

Através desta política a ANS reforça a oportunidade para melhora significativa da qualificação dos programas de promoção de saúde existentes no país.

O primeiro manual de Certificação da Organização Nacional de Acreditação- ONA publicado em 2010 sobre Promoção de Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, aprovado e validado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar definiu fundamentos para qualificação e certificação destes programas. Entre os fundamentos citados estavam: visão sistêmica, liderança e estratégia, orientação por processos, desenvolvimento de pessoas, foco no cliente, foco na prevenção, foco na segurança, responsabilidade sócio ambiental, cultura da inovação, melhoria contínua e orientação para resultados.

Segundo este mesmo manual, alguns requisitos mínimos para elegibilidade de Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças para Acreditação foram definidos:

- Sistema de Informação estruturado,
- População-alvo definida e monitorada;
- Sistema de indicadores para o monitoramento e controle dos resultados
- Equipe multidisciplinar,
- Análise de resultados de estratificação da carteira,
- Definição de atividades e planos de trabalho para a população e da cobertura do programa,
- Inserção das diferentes populações em programas específicos,
- Definição de metodologia de captação dos beneficiários e de comunicação durante a fase de promoção e/ou monitoramento;
- Cronogramas e metas definidas
- Local de desenvolvimento do programa
- Demonstração das referências bibliográficas que sustentam o sistema.

O Manual de Promoção de Saúde e prevenção de riscos e doenças da ANS também designa os mesmos critérios acima como parâmetros técnicos para implementação de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar, acrescentando outros aspectos como justificativa para o programa: definição de objetivos e capacitação permanente de profissionais.

JUSTIFICATIVA

Diante do histórico apresentado e com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da atenção primária em saúde do país, a empresa decidiu por desenvolver um programa de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças estruturado desde sua concepção, nos preceitos de Gestão de Qualidade. O programa deve ser capaz de demonstrar resultados assistenciais, epidemiológicos, administrativos e financeiros, atendendo diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Organização Brasileira de Acreditação.

OBJETIVO

Apoiar a estruturação de um produto de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças pautado em modelo de qualidade e preceitos da ANS para a garantia de excelência, sustentabilidade, confiabilidade e resultados concretos dos serviços realizados, tomando-o apto a adquirir a confiabilidade do mercado de saúde e certificação futura em Gestão de Qualidade em Saúde.

MÉTODO

A experiência organizacional prévia que a empresa possuía em processos de gestão da qualidade e certificação de excelência na assistência domiciliar e a crença da Alta Administração em modelos de Qualidade serviram de alicerce para o desenvolvimento do programa de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças desde o momento da sua concepção.

Baseados em dados epidemiológicos nacionais e internacionais publicados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; um corpo técnico composto por médicos e enfermeiros definiu em 2007, os protocolos clínicos que seriam introduzidos no programa de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças de modo a contemplar as patologias mais frequentes de “*causa mortis*” ou de motivo de licenças médicas no país.

Foram desenvolvidos os protocolos de diabetes, hipertensão, depressão, obesidade, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardíacas, tabagismo, elitismo e dislipidemia.

Todos os protocolos foram referenciados cientificamente por fontes nacionais e internacionais.

Sabemos que a mudança de hábito em saúde não é algo simples. Porém, **SOUZA** (2009) em sua tese, concluiu que um programa educativo estruturado atua como adjuvante eficaz no plano de tratamento dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, dotando-os de importantes conhecimentos a respeito de sua doença e podendo mudar hábitos inadequados de saúde.

SCARPI (2004) refere que a maioria dos serviços de saúde continua colocando a tecnologia em primeiro lugar, promovendo diagnóstico precoce e tratamento adequado para as queixas físicas dos pacientes, sem dar a devida atenção às queixas emocionais e necessidades espirituais e sociais. Para este autor, separar o corpo da mente constitui a clássica dicotomia disfuncional da medicina.

Após definição dos protocolos, desenvolvemos uma ferramenta para definição do perfil de saúde das carteiras, critério este que apresentava alta sensibilidade e baixa especificidade, com objetivo de evitarmos resultados de falsos negativos inicialmente. Os resultados de falsos positivos para classificação de crônicos foram eliminados em etapa posterior do processo.

Esta ferramenta posteriormente customizada no sistema foi validada, realizando-se diversos projetos pilotos, onde se confrontavam por auditoria, os resultados oferecidos pelo sistema, com análises clínicas médicas dos mesmos sujeitos.

Após definição de metodologia e ferramenta para mapeamento do perfil de saúde, tivemos condições para definir objetivos, orientações e planejamento de ações em saúde adequadas a cada protocolo desenvolvido e apoiado nas literaturas acadêmicas já mencionadas.

A partir de 2008, a equipe já contava também com especialistas em desenvolvimento de sistemas e em qualidade.

Após pesquisa sobre diversos programas informatizados disponíveis no mercado optamos por desenvolver um programa próprio, capaz de importar e gerar um banco de dados bem como integrar informações sobre o perfil de saúde, objetivos educacionais e planejamento de ações em saúde.

Segundo diretrizes presentes no Manual da Organização Nacional de Acreditação de Instituições Hospitalares, adaptada a realidade do programa de promoção de saúde, nossa próxima etapa foi à definição, análise e avaliação de todos os riscos inerentes aos processos envolvidos na segurança dos dados, informações e específicos do programa de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças sendo definidas ações de mitigação e bloqueio dos mesmos.

Dentre os riscos elencados estavam: resultados de estratificação de falsos positivos ou falsos negativos, perda de dados e informações, erros de interpretação do programa informatizado, reinternações hospitalares de beneficiários crônicos monitorados no programa, uso abusivo de rede credenciada de nossos clientes e óbito de beneficiários crônicos monitorados.

Posterior a esta fase, iniciamos a definição, mapeamento e formalização de todos os processos envolvidos no programa.

Paralelamente a isso foi estruturado um programa de capacitação dos colaboradores do Semeando Saúde nos protocolos, processos, roteiros de atendimentos e visitas.

Com a implantação do programa de promoção de saúde e monitoramento de crônicos identificamos os “*gaps*” entre processos, revisamos e definimos os indicadores de processo e de resultado a serem utilizados para acompanhamento das carteiras.

Baseados nos “*gaps*” identificados passamos a utilizar ferramentas de qualidade para estabelecer os acordos e formalizar as interações entre processos.

Considerando que a atividade de promoção em saúde e monitoramento de crônicos opera em níveis populacionais, foi necessária a criação de relatórios gerenciais das carteiras com indicadores clínicos, assistenciais, administrativos e financeiros que mensurassem a eficiência e eficácia do programa de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, concordando com SILVA (2004) de que as decisões devem ser baseadas em fatos e informações.

Após a estruturação realizada seguindo o modelo de gestão de qualidade, instituímos a partir de 2009 às reuniões mensais de Desempenho (Qualidade) com participação da alta administração, gerências envolvidas e supervisores do programa sustentando o acompanhamento dos resultados do programa, definição de planos de ação específicos diante de resultados insatisfatórios e planos de melhoria contínua.

Instituímos também no mesmo ano, a auditoria de primeira parte que deu origem a dois grandes planos de ação, baseados nas não conformidades e oportunidades de aprimoramento que identificamos, contemplando em torno de 40 ações cada um. Estes planos contemplaram ações nos processos estratégicos, específicos do programa, gestão de pessoas, custos, financeiros, comunicação, tecnologia da informação e qualidade.

Após a publicação da ONA possibilitando a certificação de modelos de Promoção de Saúde e prevenção de riscos e doenças, a empresa iniciou processo de diagnóstico para acreditação do programa.

RESULTADOS

Em julho de 2010 conquistamos a certificação em nível de excelência, sendo até o presente momento, o único programa de promoção de saúde certificado no país.

Observamos um crescimento acentuado da carteira de clientes desde o processo de acreditação, aumentando nossa participação no mercado nesta modalidade de produto.

CONCLUSÃO

A Gestão da Qualidade, atualmente mais disseminada no segmento da saúde, pode contribuir e agregar valor não somente para instituições, serviços e produtos já existentes, mas pode desempenhar papel primordial para estruturação, aprendizado e melhoria contínua de novos serviços e produtos. Este modelo de gestão elimina etapas no processo de aprendizagem organizacional, baseado em erros e experiências insatisfatórias, tangibiliza resultados e gera um grau de confiabilidade das informações bastante sólido. Com tudo isto, os programas de promoção de saúde e prevenção de resultados passam a fazer parte de um modelo de atenção à saúde que prioriza tecnologia, humanização, redução de sinistralidade e ganho assistencial. Os modelos de gestão de qualidade, são sempre implantados de maneira “*top down*” e novos produtos desenhados e subsidiados desde a concepção por modelos de gestão por processos passam a antecipar riscos, sistematizam operações e transformam objetivos em resultados desejados pelos clientes.

Referências

- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. Resolução RN n° 94, de 23 de março de 2005.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. Resolução RDC N° 77, de 17 de julho de 2001.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS. Instrução Normativa n° 24, de 8 de dezembro de 2009 publicada pela DIPRO/ANS
- MANUAL DAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS EM SAÚDE - Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006. 203p.; 30cm (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação; 1).
- MANUAL DE PROGRAMAS DA PROGRAMAS DA SAÚDE E PREVENÇÃO E PREVENÇÃO DE RISCOS. Coleção: Manual Brasileiro de Acreditação, ONA. Editora: Organização Nacional de Acreditação: Volume 2, 2010
- MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR / Agência Nacional de Saúde suplementar - 2ª edição - Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- MANUAL TÉCNICO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE RISCOS E DOENÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR / Agência Nacional de Saúde suplementar - 3ª edição revisada e atual. - Rio de Janeiro: ANS, 2009.
- SCARPI, M.J. Gestão de Clínicas Médicas: práticas integrativas apud SCARPI, M.J. (org.) Gestão de Clínicas Médicas. São Paulo: Editora Futura, 2004, p 239.
- SILVA, F.G. Gestão de Clínicas Médicas: fundamentos da excelência apud SCARPI, M.J. (org.). Gestão de Clínicas Médicas. São Paulo: Editora Futura, 2004, p 23-42.
- SILVEIRA, J.A.M.S. & HAYASHI, L.K. Gestão de Clínicas Médicas: conhecimento do mercado apud SCARPI, M.J. (org.). Gestão de Clínicas Médicas. São Paulo: Editora Futura, 2004, p 197.
- SOUZA, G.M.C. Avaliação da aprendizagem de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica submetida a um programa educativo. São Paulo: Centro Paulista de economia em saúde, 2009. (Tese de Mestrado)

Indicadores Assistenciais

P_42_2011 - Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo – Seis anos de Acompanhamento

Adriana magalhaes, Olimpio J Nogueira V Bittar, Rita de Cássia de Abreu Gouveia, Thiago Martini Costa, Leandro Zavitoski

Resumo: Em 2004 teve início o processo de certificação e contratualização dos hospitais de ensino no Brasil, liderados pelos Ministérios da Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia e Planejamento, Orçamento e Gestão. Criada em 2003, a Comissão Interinstitucional, com a participação dos Ministérios citados e entidades representativas dos hospitais e outras ligadas a assistência, pesquisa e ensino iniciou-se o acompanhamento destas unidades. No Estado de São Paulo este acompanhamento ficou sob a responsabilidade da Assessoria para Acompanhamento dos Hospitais de Ensino junto ao Gabinete do Secretário. O acompanhamento dos hospitais foi realizado por meio de relacionamento direto com as unidades, com a utilização de dados do DATASUS e com a criação do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), que compreende as informações para uma análise integral da produção, produtividade, qualidade e

aspectos financeiros de suas atividades. Este processo desde o seu início foi extensivamente documentado, com publicações em periódicos, seminários, reuniões e palestras, o que permitiu de forma concisa e simples, a integração entre gestores, administradores e profissionais, com reflexos positivos para a gestão das unidades e melhoria da qualidade da informação.

Palavras chave: hospitais de ensino / estatísticas & dados numéricos, sistema de informações hospitalares, análise de dados

Introdução

O processo de certificação e contratualização dos Hospitais de Ensino (HE) responsáveis por assistência médica e multiprofissional, ambulatorial e de internação, pesquisas na área e formação de profissionais, tem a participação da Comissão Interinstitucional, composta por quatro ministérios e entidades representativas dos HE, das faculdades, gestores estaduais e municipais e categorias profissionais (1).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) participa ativamente do processo, inicialmente por meio da Coordenadoria de Planejamento de Saúde e, posteriormente junto ao Gabinete do Secretário, na Assessoria para acompanhamento dos HE. Houve um completo entrosamento com áreas da própria SES/SP, bem como com entidades externas, como relatadas em artigo no Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA) 72(2), contribuiu para que uma equipe, ainda que reduzida, implantasse o SAHE e produzisse o primeiro conjunto de informações destas unidades.

O desenvolvimento do SAHE teve papel educativo, possibilitando que os hospitais conhecessem dados que permitem comparações, com a própria situação de cada serviço ao longo do tempo e com os demais HE, observadas as características peculiares de cada um. A adesão dos HE ao sistema foi excelente, principalmente nas comissões para complementação do SAHE (informações básicas, epidemiologia & qualidade e pesquisa & ensino).

Ao longo destes seis anos o sistema foi aperfeiçoado com ampliação da quantidade e qualidade dos dados coletados, maior fidedignidade e possibilidade de cálculos sobre produtividade real, visto incluir a produção do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos pacientes da Saúde Supletiva (SS) descrito detalhadamente no BEPA 77(3). Em relação a SS foi firmado um termo de cooperação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), permitindo análise comparativa entre os dois sistemas.

A SES/SP no seu papel gestor divulga aos HE a série histórica de sua produção permitindo o estabelecimento de parâmetros, de metas, da programação medidas que colaborarão para melhorar a eficiência, a efetividade e a eficácia, na atenção à saúde, na pesquisa e no ensino.

A tabela 1 demonstra que os 37 HE representam seis por cento dos hospitais do Estado na rede SUS com 21% dos leitos internação e 39% dos leitos de UTI em 2009.

Tabela 1 – Número de hospitais, leitos, em hospitais da rede SUS e HE – Estado de São Paulo, 2006 e 2009

Área hospitalar	2.006			2.009		
	ESP	HE	%	ESP	HE	%
Rede SUS	613	33	5	615	37	6
Leitos	67.121	12.826	19	68.471	14.039	21
Leitos de UTI	3.658	1.412	39	4.369	1.705	39

Fonte: SIHSUS-DATASUS/MS, 2006/2009

Observa-se (tabela 2), que os HE apresentam taxas de ocupação que em média atingem 69%, superiores aos demais hospitais do Estado e quase o dobro daquelas verificadas nos pequenos hospitais com menos de 50 leitos; e que a quantidade de leitos existentes deve ser suficiente para atender as demandas, como se pode deprender das baixas taxas de ocupação.

Tabela 2 – Taxa de Ocupação e Média de Permanência nos hospitais da rede SUS segundo Departamento Regional de Saúde (DRS) – Estado de São Paulo – 2009

DRS		Taxa de Ocupação				Média de Permanência			
		Hospitais			HE	Hospitais			
		≤50	51-150	≥151		≤50	51-150	≥151	
I	Grande S. Paulo	51,8	63,0	69,0	64,9	3,7	4,5	5,5	7,7
II	Araçatuba	17,7	39,7	65,5	–	3,0	3,3	5,8	–
III	Araraquara	35,8	46,8	56,6	–	3,2	3,9	4,1	–
IV	Baixada Santista	36,8	64,2	59,3	57,0	4,6	4,6	5,2	7,6
V	Barretos	22,5	38,3	61,9	86,4	2,8	3,0	5,4	5,1
VI	Bauru	26,8	36,3	57,4	71,1	3,1	3,5	3,7	5,9
VII	Campinas	32,8	52,0	50,0	79,1	3,1	3,5	4,1	5,3
VIII	Franca	28,4	31,3	81,5	–	2,8	3,1	4,0	–
IX	Marília	29,9	41,8	38,1	78,0	3,0	3,9	4,6	5,6
X	Piracicaba	23,0	46,6	69,0	52,9	2,9	3,2	4,4	4,1
XI	Pres. Prudente	41,0	45,7	47,3	69,1	3,0	3,5	5,6	5,2
XII	Registro	29,4	75,9	70,9	–	4,2	3,4	5,3	–
XIII	Ribeirão Preto	24,3	46,9	78,3	83,3	2,9	3,6	3,8	6,6
XIV	S. J Boa Vista	36,7	55,7	77,5	–	3,4	4,2	6,3	–
XV	S. J Rio Preto	50,6	49,0	77,6	77,1	2,9	3,2	5,6	6,2
XVI	Sorocaba	40,2	42,9	69,8	61,3	2,8	3,3	3,9	5,7
XVII	Taubaté	34,2	57,8	59,4	59,1	4,1	4,1	5,0	4,8
São Paulo		35,1	50,1	66,9	68,7	3,2	3,8	5,2	6,5

Fonte: DATASUS/MS SIH/SIH /2009

O comprometimento dos HE, desde o início da implantação do SAHE no processo, foi fundamental para o conhecimento deste segmento, no ESP.

Cabe considerar que fidedignidade é obtida com a publicação, a divulgação dos dados/informações existentes para o necessário debate o que melhora a qualidade da coleta, do manuseio, da análise e da síntese das informações, conseqüentemente sua qualidade. O uso cauteloso, ético, dos resultados iniciais é essencial para garantir a continuidade do projeto.

Tabela 3 – Produção ambulatorial e complementar de diagnóstico/terapêutica e internação nos HE no Estado de São Paulo – 2006 e 2009

Área ambulatorial	2.006			2.009		
	ESP	HE	%	ESP	HE	%
Produção	643.445.503	74.139.005	12	920.421.665	89.043.956	10
Consultas urgência/emergência	29.343.328	3.567.943	12	19.194.592	2.340.634	12
Consultas especializadas	24.852.571	5.926.068	24	26.482.245	6.075.143	23
Laboratório Clínico	97.334.577	23.364.394	24	123.496.397	24.139.684	20
Anatomia Patológica	3.433.969	1.058.195	31	3.415.136	1.010.258	30
Radiologia	15.509.260	2.612.145	17	18.358.626	2.394.861	13
TRS	2.349.103	244.013	10	2.622.474	317.334	12
Tomografia Computadorizada	467.260	185.482	40	673.627	253.327	38
Radioterapia	1.935.207	872.000	45	2.105.552	1.089.536	52
Quimioterapia	452.419	233.786	52	559.419	298.982	53
Ressonância Magnética	77.214	50.928	66	119.827	70.925	59
Radiologia Intervencionista	16.892	11.982	71	19.083	14.229	75
Hemodinâmica	41.878	17.389	42	40.873	18.627	46
Transplantes (procedimentos)	-	-	-	586.333	379.466	65
Medicina Nuclear	173.970	133.083	76	137.660	103.610	75
AIHs	2.431.106	516.121	21	2.415.965	530.747	22
AC	162.001	91.828	57	152.578	95.587	63
MC	2.269.105	424.293	19	2.263.387	435.160	19

Fonte: SIASUS-DATASUS/MS, 2006/2009

Os números tanto do DATASUS, como do SAHE apontam produção expressiva dos HE no sistema de saúde, com 22% das autorizações de internação hospitalar (AIH) internando 63,0% da AC e 19% da MC, um dos resultados que comprovam a importância destes hospitais para o SUS/SP. Tabela 3

Conclusão

O estudo aprofundado do universo particular destas unidades, a forma e a quantidade e qualidade da participação dos HE na provisão de cuidados, bem como a necessidade de montar cenários para os próximos anos, faz da divulgação e da correta interpretação das informações obtidas neste processo um instrumento fundamental para a definição de estratégias de médio e longo prazo.

Nestes seis anos o número de hospitais participantes atingiu 37, dos quais 34 apresentam dados rotineiramente e mantêm contatos regulares com a equipe, não somente em busca de informações, mas dando sugestões para amadurecimento do sistema, uma oportunidade de correções e atualização de conceitos e regras do processo que melhoram a comunicação, inclusive⁽⁴⁾

Referências

Bittar OJNV, Magalhães A. (Orgs.). Hospitais de ensino do Estado de São Paulo 2007. São Paulo: Imprensa Oficial, 2007. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/HE_2007.pdf. Acessado em: 25/03/2010.

Bittar OJNV, Magalhães A, Gouveia RC. Hospitais de ensino: oportunidade de interação intra e interinstitucional. Bepa 2009; 6(72): 1-8.

Costa TM, Magalhães A, Gouveia RCA, Zavitoski LG, Pisa IT, Bittar OJNV. Informática para monitorar hospitais de ensino, Bepa 2010; 7(77): 11-20.

Bittar, O J N V, Magalhães A. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. Rev. Adm. Saúde Especial. Vol 12, 2010, p. 155-213.

Avaliação de Tecnologia

P_43_2011 - A Importância da Tecnologia da Informação no Departamento de Logística e Hospitalar: um Estudo de Caso

Luis Hernan Contreras Pinochet, Claudia Raffa, Claude Machline, Michael de Almeida

Resumo: O objetivo da pesquisa foi compreender a TI utilizada no Departamento de Logística e Suprimentos Hospitalar para facilitar as decisões de compra, movimentação e estocagem dos materiais e medicamentos. A pesquisa foi em um Hospital de médio porte localizado em São Paulo. A metodologia utilizada foi um estudo de caso com abordagem qualitativa e coleta de dados primários. Como resultado, verificou-se que a instituição possui uma excelente ferramenta de suporte de gestão, no caso, um sistema de informação integrado, que auxilia no trânsito de informações. Conclui-se que a TI é essencial nos hospitais para a gestão dos suprimentos.

Palavras-Chave: Tecnologia da informação, departamento de suprimentos, hospitais, compras.

1. Introdução

A prestação de serviços hospitalares possui muitas diferenças e muito significativas em relação a outros tipos de atividades, principalmente no que envolve à sua complexidade. Por se tratar de serviços em que o principal objetivo é a saúde, a pesquisa e principalmente a preservação da vida humana, deseja-se uma garantia de qualidade e determinação que expresse eficiência nos mais variados tipos de demandas, considerando-se sempre os recursos disponíveis e a função social que as instituições de saúde representam para a sociedade.

Entretanto, além da prestação de serviços aos pacientes, há outros processos produtivos, que são incluídas neste sistema hospitalar, que são as atividades de apoio que representam parte bem considerável do custo de um hospital.

A informação sempre foi um elemento de extrema importância nos processos logísticos, sem o qual nenhum aspecto da cadeia de suprimentos conseguiria proporcionar um desempenho de alto nível, se as informações fossem escassas ou nulas. Antigamente, o fluxo de informações era documentado praticamente tudo em papel, resultando em lenta transferência de informações, informação de pouca confiabilidade e propensa a erros.

Porém, a chegada de novas tecnologias possibilitou o fluxo rápido e preciso de informações, e conseqüentemente um melhor desempenho, possibilitando a minimização de incertezas em torno da demanda e aumento na flexibilidade.

Basicamente um dos elementos mais importantes e fundamentais nas operações logísticas é o fluxo de informações envolvidas.

Os pedidos de clientes, no caso requisições de algum material e de ressuprimento nos estoques, movimentações no almoxarifado, documentação de transporte e faturas são algumas das formas mais comuns de informações logísticas.

1.1 Objetivos

Entender como a TI pode auxiliar nos processos logísticos, seja nos projetos estratégicos na decisão de compra, estocagem e movimentação dos materiais e medicamentos dentro do hospital.

Identificar como a TI auxilia no momento em que o comprador necessita de uma informação em relação a uma necessidade de compra de um material ou medicamento para o ressuprimento dos estoques. Identificando, também, como a TI manda as informações para não ter estoque em falta, excessivo ou até mesmo resultar em materiais obsoletos.

Verificar como a TI processa as informações dos materiais e medicamentos, referente a ponto de pedido, classificação e estoque mínimo ou de segurança.

2. Justificativa

Segundo Haley e Krishnam apud Bandeira e Maçada (2008) identificam a Logística como a área empresarial, seja ela em qualquer segmento que mais se beneficiou da automação e da redução dos custos em geral permitida pela TI.

De acordo com Pinochet, Machline e Galvão (2010), o objetivo da gestão de suprimentos em organizações de saúde, é não deixar faltar nenhum material ou medicamento que seja necessário para o atendimento médico, e para administração em geral. Segundo os mesmos autores, se falta um determinado produto em uma prateleira de supermercado, a empresa perde a venda e conseqüentemente o cliente. Num hospital, se faltar algo, pode até perder o paciente.

3. Métodos

O local de pesquisa foi o setor de logística e suprimentos, mais especificamente na parte de suprimentos, que é onde se fazem todas as aquisições de materiais e medicamentos de um determinado hospital.

Uma técnica utilizada foi à entrevista diretamente ao investigado. E conforme Gil (1999) a entrevista é quando o investigador se apresenta frente ao entrevistado formulando perguntas em busca dos dados necessários para a pesquisa.

A entrevista foi com base em um roteiro de pesquisa com o auxílio de um questionário, para que o entrevistado pudesse colocar seu ponto de vista sobre as questões, de modo que os fizesse necessário, tornando assim estes dados como fonte primária que não necessitasse de documentos internos, entre outros. Esta entrevista foi com um ex-executivo do hospital o qual se disponibilizou como objeto de pesquisa.

A abordagem do sujeito de pesquisa foi em um horário pré-agendado, o qual o entrevistado respondeu as questões do roteiro de pesquisa.

A relevância de escolha do ex-executivo se deu em face de já ter exercido liderança no principal cargo do hospital, que no caso foi o de diretor geral, durante alguns anos, no qual participou em vários projetos estratégicos em sua gestão. Nesta pesquisa, como a busca dos dados foi em relação a uma instituição, de como ela procede, para levamos este fenômeno como exemplo, de modo particular ao geral, tem como raciocínio o modo indutivo.

Segundo Silva e Menezes (2001), a abordagem foi de modo qualitativo, porque houve uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito sendo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não se traduz em números. E conforme esta pesquisa, os fenômenos que foram pesquisados e a interpretação dos resultados, foram básicos no processo qualitativo e não foi necessária a utilização de números e nem de estatísticas. Quanto aos fins, foi uma pesquisa exploratória.

A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou categorias teóricas já trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registradas (SEVERINO, 2008).

Após a coleta desses dados adquiridos através da entrevista, as informações foram analisadas e interpretadas. E segundo Gil (1999), a análise tem como objetivo organizar os dados de tal forma que possa proporcionar o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação.

Como esta pesquisa, buscou informações através de entrevista, e como os dados adquiridos foram originais coletados direto na fonte, segundo Collis e Hussey (2005), esse tipo de fonte de dado é conhecida como fonte primária.

4. Resultados

O nome do hospital pesquisado permaneceu preservado, sendo denominado hospital Alpha. Este é caracterizado como Hospital de médio porte situado na zona sul de São Paulo e disponibiliza várias especialidades médicas.

4.1 O Sistema de Informação como uma ferramenta nos fluxos operacionais de todos os departamentos no Hospital

De acordo com os dados coletados, junto ao sujeito de pesquisa, referente ao presente tema da pesquisa, segundo o entrevistado, toda a instituição possui um sistema de informação integrado que conforme Laudon; Laudon apud Rodrigues; Assolari (2007), um sistema integrado deve ser composto por vários setores interligados formando um sistema como um todo. Este sistema é chamado de MV Sistemas.

Um sistema de informação possui componentes que formam a entrada, processam os dados e disponibiliza informação como saída, que segundo o entrevistado, dificilmente o hospital sobreviveria sem uma ferramenta que transportasse as informações em todos os seus processos administrativos e assistenciais interligados entre todos os setores.

Segundo o entrevistado, quando a diretoria tomou a decisão de implantar um sistema integrado, no começo, teve algumas dificuldades de implantação. Mas que ao longo do processo foi tendo evolução de melhorias, e as dificuldades foram sendo solucionadas.

Segundo o entrevistado, além do sistema auxiliar em todos os fluxos e processos operacionais, tanto administrativos quanto assistenciais, o sistema também disponibiliza uma série de gráficos como ferramenta de suporte que auxilia no gerenciamento de todo o planejamento estratégico do hospital.

Para Davenport e Short apud Gonçalves (2000), o conceito de processos associada à cadeia de valor, que define os fluxos de valores. Uma coleção de atividades que envolvem a empresa de ponta a ponta, com um propósito de resultar em um objetivo final ao usuário final.

4.2 Estrutura do departamento de Logística e Suprimentos do Hospital

O principal foco da pesquisa que é o departamento de Logística do hospital, que adquire, separa, armazena, administra e distribui todos os materiais e medicamentos, segundo o entrevistado, são descritos conforme a seguir: Departamento de Gestão de Compras, Departamento de Suprimentos: controla e analisa gerencialmente todos os estoques existentes na instituição, provendo todos os materiais e/ou medicamentos necessários ao desenvolvimento adequado das atividades hospitalares, Setor de Almoxarifado e Setor de Farmácia.

Portanto segundo o entrevistado estes departamentos estão subdivididos mais interligados para melhor suprir todas as necessidades do hospital, no que se refere à infra-estrutura de materiais diversos, material médico-hospitalar e medicamentos.

4.3 A TI como suporte, disponibilizando um Sistema de Informação na área Logística do Hospital

De acordo com o entrevistado, o departamento de Logística e Suprimentos do hospital, conforme os outros departamentos citados anteriormente têm em suas mãos uma excelente ferramenta de gestão que é este sistema MV.

A informação deve atender as necessidades de uma ou de um grupo de pessoas, sendo que de acordo com o entrevistado, através desse sistema, a informação sobre um paciente, material entre outros é transportada em vários departamentos, principalmente na contabilidade que é o setor responsável por contabilizar todos os valores do hospital. E com os materiais não é diferente, porque desde a sua necessidade de compra, até a sua utilização para o usuário final, a informação trafegada é de extrema importância.

Quanto mais à empresa explora a informação para a geração do conhecimento, aplicando no desenvolvimento de novas oportunidades de negócio, mais ela se torna competitiva.

4.4 Sistema de compras do Hospital

Segundo o entrevistado, as compras dos materiais e medicamentos, muitos deles são adquiridos através de consignação, ou seja: o departamento de compras identifica a necessidade de compra via sistema, emite uma solicitação de compra junto ao fornecedor, e o fornecedor se encarrega do abastecimento, gerando assim uma conta conforme o uso. E muitos outros materiais de menor valor são adquiridos através de sistema de entrega programada.

Portanto utilizar esta estratégia para alguns itens de menor valor, segundo o entrevistado gera uma economia tanto de custos quanto de tempo para a realização da operação.

E de acordo com Barbieri e Machline (2009), o setor de compras deve contribuir no que for necessário, para a redução de custos associados aos materiais e não apenas aos custos de aquisição.

Segundo o entrevistado, antes disso o sistema MV Gerencia de forma integrada as compras de produtos, equipamentos e serviços do Hospital. As ordens de Compras podem ser sugeridas pelo histórico de consumo ou processadas de forma manual. As requisições são encaminhadas eletronicamente para aprovação e, quando liberadas para cotação são enviadas aos fornecedores. O preenchimento das cotações é realizado no próprio e-mail, dando entrada direta no sistema, sem digitação. No final do processo, as ordens de compras são autorizadas por alçada de valores e liberadas para envio aos fornecedores. E a partir disso, há um acompanhamento sistemático das ordens entregues e pendentes.

Outra forma de aquisição dos materiais e medicamentos segundo o entrevistado é a forma de compras online. O departamento utiliza uma ferramenta de software chamada Bionexo. Trata-se de uma comunidade de compras, onde a empresa coloca sua demanda, com data para receber propostas, que só estão disponíveis para ela, evitando o leilão. E os fornecedores são cadastrados e têm a documentação sanitária controlada. Sem intermediários, sem comissões. E ainda, com poder de barganha para conseguir até a mudança de embalagens.

As informações, como quantidades e especificidades, são distribuídas para uma gama de fornecedores, com data para responder. A informação do fornecedor só é vista pelo comprador. Só ele, portanto, pode comparar os preços, que são sempre do produto colocado no hospital. E aí escolhe. Nem sempre escolhe o mais barato. Levam em conta os fatores que lhe interessarem. Mas as informações e as escolhas ficam registradas. Podem ser lidas a qualquer momento. As auditorias se beneficiam muito disso. Podem pedir explicações sobre qualquer compra ou escolha, porque todo o processo fica exposto e transparente.

Mas segundo o entrevistado, este prestador de serviços Bionexo, não auxilia em 100% dos materiais e medicamentos, mas auxilia uma boa parte deles. E os benefícios que esta ferramenta proporciona segundo o entrevistado, é altamente relevante, ou seja: neste sistema encontra-se os melhores preços do mercado, economiza tempo digitando e-mails mandando aos fornecedores, ligações, fax, entre outros.

4.5 A TI no Gerenciamento dos Materiais em Estoque

Segundo o entrevistado, o Sistema MV, em seu módulo de gerenciamento de materiais, efetua o gerenciamento das solicitações de materiais e medicamentos ao estoque, possibilitando a identificação dos setores solicitantes e a determinação dos estoques mínimos, máximos e ponto de pedido de forma individualizada. Por ser um sistema integrado, a lista de produtos prescritos é impressa ou recebida eletronicamente na farmácia. Depois de aprovadas pelo farmacêutico, as prescrições são dispensadas para os pacientes através de leitoras de código de barras ou registro manual, que geram também o débito automático dos produtos do estoque e atualização dos dados na conta do paciente.

São vários os interesses que estão envolvidos na administração de materiais, por exemplo; como desejar o material correto, em condições apropriadas e entregá-las ao lugar certo a tempo de evitar sua falta. Além desses, a importância do ponto de vista econômico, de como desejar o material ao menor custo e com os maiores prazos de pagamentos, entre outros.

Segundo Banzato (2005), o processo de armazenagem, é de extrema importância para a eficiência da gestão. Pelo fato da mesma ser constituído por um sistema de alimentação e em relação aos outros fluxos logísticos como a cadeia de abastecimento, porque serve como guia para a uniformidade deste, que assegura um nível adequado de serviço ao usuário final. Para Yuk et al. apud Agapto (2005), a preocupação com a logística hospitalar está em crescente movimento, ela depende de outros setores, sendo que o abastecimento de todos os pontos de distribuição dos medicamentos e materiais médico-hospitalares, independente do valor, a logística é de vital importância, não só para o funcionamento dos hospitais, mas principalmente, aquelas que são obrigadas a trabalhar com estoques altos.

4.6 Processo de ponto de pedido através de cálculos de demanda da curva ABC pelo Sistema do hospital

Segundo o entrevistado, o sistema permite ao usuário efetuar o cálculo das quantidades do estoque, através da demanda. O processo do estoque, através da demanda, calcula a quantidade de consumo por mês, dos produtos, para um determinado período, estabelecendo os pontos de reposição, estoque mínimo e máximo, com base na classificação da Curva ABC e importância XYZ.

De acordo com Barbieri e Machline (2009), a classificação ABC consiste na relação entre a quantidade de materiais que compõe um inventário, com seu consumo e seu custo unitário. Permitindo identificar os materiais de expressão financeira elevada, normal ou pequena, justificando atenção e tratamento diferenciados. A classificação ABC é dividida nos seguintes grupos: Classe A, grupo de matérias mais importantes que devem ser tratados com uma atenção especial pela administração.

E no hospital, segundo o entrevistado, representa até 20% de materiais e um valor sempre superior a 60% sobre o total do investimento em estoques; Classe B, grupo de materiais de valor intermediário entre as classes A e C. Oscila entre 20% e 30% tanto em termos de expressão financeira quanto em termos de quantidades; e, Classe C, grupo de materiais menos importantes que justificam menor atenção por parte da administração. Geralmente representa um volume de 50% de materiais e 10% apenas do valor do estoque. Estes cálculos, segundo o entrevistado, são realizados pelo sistema através de parâmetros com os seguintes critérios: o sistema indica se o cálculo a ser realizado será através da demanda; Informa a data inicial e final da análise da movimentação dos produtos, para cálculo do estoque; Informa o percentual a ser acrescido à quantidade de consumo correspondente à margem de erro; Informa o número de dias a ser considerado para a contagem do estoque mínimo dos produtos sem configuração, ao gerar o cálculo do estoque através da demanda; Informa o mês e o ano de competência inicial e final para geração do cálculo do estoque; Informa a quantidade consumida a ser considerada para geração do cálculo do estoque através da demanda; Indica a modalidade a ser utilizada para o cálculo do estoque através da demanda, se será por período, consolidação ou estoque atual.

Depois de realizado o processo de cálculo, segundo o entrevistado, o sistema disponibiliza informações que possibilita a realização do processo de compra dos produtos analisados. Essas informações, que são baseadas no cálculo realizado da demanda dos produtos, que consistem no Estoque Mínimo, Máximo e Atual dos Produtos e Ponto de Pedido.

Para Garcia, Reina e Garcia (2010), com o planejamento de redução do estoque, a informação pode reduzir de forma eficaz as necessidades de estoque e recursos humanos. E segundo Barbieri e Machline (2006), a realização desses processos citados anteriormente, como ressurgimento JIT (*Just in Time*), MRP (*Materials Requirements Planning*) são extremamente importantes para uma boa gestão de estoques.

No hospital, segundo o entrevistado, alguns itens ainda são controlados manualmente, como Psicotrópicos por exemplo. A administração desses medicamentos tem que ter um controle muito diferenciado dos demais, sendo administrados pelo farmacêutico, controlando entradas, saídas e os estoques dos mesmos, sendo trancadas em local seguro, cujo acesso, somente é liberado apenas as pessoas autorizadas.

4.7 Classificação desses materiais pelo Sistema

Segundo o entrevistado, o sistema permite ao usuário efetuar o cadastro das classificações dos produtos no sistema, que correspondem à espécie, classe e sub-classe, dispostas em ordem hierárquica de classificação, sendo a espécie a de maior hierarquia e a sub-classe a de menor. Através da configuração no sistema de saída para o setor é possível evitar que os produtos de algumas sub-classes, com controle mais rigoroso, tenham a transferência entre estoques permitida. Esta configuração controla as telas de solicitação de produtos ao estoque, transferência entre estoques e baixa de solicitação. Caso esta configuração esteja "sim", permite o registro da movimentação. Se estiver como "não", o sistema não apresenta o produto para seleção nas telas citadas. O Sistema ainda permite a emissão dos seguintes relatórios: Classificação de Produtos; Classificação de Produtos (para conferência); Entrada de produtos; Histórico da Entrada de Produtos; Curva ABC de Ordens de Compra e Estatística de Produtos de Maior/Menor Saída.

Estes são os principais relatórios que apresentam os dados da classificação de produtos, como por exemplo, a espécie do produto. "Especificação entende-se a atividade voltada para identificar e individualizar os materiais. Neste sentido, especificação significa identificação das características e propriedades de um dado material (...)". (BARBIERI; MACHLINE, 2006, p.55)

5. Conclusão

Em função da demanda que os hospitais recebem e o fluxo de informações que veiculam para a prestação de serviços e cuidados aos pacientes em geral, não seria possível sobreviver durante muito tempo sem o controle integrado de gestão.

Entretanto os administradores dos hospitais, e principalmente deste hospital que é o objeto desta pesquisa, entende-se que sempre deve estar em busca das melhores tecnologias, para se obter vantagem competitiva, porque se não, os hospitais que não procuram se atualizar ficarão para trás.

O departamento de logística e Suprimentos do hospital, segundo o entrevistado, é um dos departamentos que mais se beneficiam destas ferramentas de suporte que é a TI.

Com informações disponibilizadas pelo sistema em tempo real e preciso, os administradores podem tomar decisões com segurança, porque sabem que as informações disponibilizadas pelo sistema, são de extrema confiança. É claro que para isso, os usuários têm que receber os treinamentos necessários para a utilização correta do sistema.

Portanto com o auxílio do sistema, os compradores costumam ter vantagem referente à disponibilidade, preço, prazo, qualidade dos materiais e medicamentos e também dos serviços adquiridos para o hospital.

Referências

- BARBIERI, J. C.; MACHLINE, C. **Logística hospitalar: Teoria e prática**. 2ª ed. São Paulo, 2009.
- BIANCHINI, L. R. J.; POZZEBON, E.; ALMEIDA, F. A. M. **Evento Integrante do XXII Congresso da SBC – 15 a 19 Julho, 2002 – Florianópolis – SC.**: Sistema de Informação Hospitalar no Planalto Serrano Catarinense. Disponível em: <http://www.inf.ufsc.br/~l3c/artigos/pozzebon02c.pdf>
- BANDEIRA, R. A. M.; MAÇADA, A. C. G. Tecnologia da informação na gestão da cadeia de suprimentos: o caso da indústria gases. *Produção*, v. 18, n. 2, p. 287-301, 2008. CERVAM, Arnaldo Luiz e Bervian, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo: Pearson, 2006.
- BANZATO, E.; Tecnologia da Informação Aplicada à Logística. 1ª ed. São Paulo: Imam, 2005.
- COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- DIAS, S. F. Avaliação de Sistemas Estratégicos de Informação. Revisão de Métodos e Técnicas em Vinte Anos de Publicações Científicas. XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 22 a 26 de setembro, 2007.
- GARCIA, P. O.; REINA, D.; GARCIA, E. **Supply Chain Management in the manage the logistic in the commercial company**: 7ª CONTECSI – International Conference on Information Systems and technology Management. São Paulo. 19 – 21 maio 2010.
- GIL, C. A.: **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GONÇALVES, L. E. J. **As empresas são grandes coleções de processos**. RAE – São Paulo, v. 40, nº 1, p. 6-19, Janeiro/ Marco, 2000.
- PINOCHET, H. L.; MACHLINE, C.; GALVÃO, R. C.: **Saúde Bussines School: Os melhores conceitos e práticas de Gestão, aplicação ao seu Hospital, Gestão de Suprimentos**, modulo 9, Revista Fomecedores Hospitalares, ano 18, Edição 179, São Paulo, Setembro, 2010.
- RODRIGUES, F. J.; COLOMBO, B. J.; ADRIANO, L., A. **RAC, v. 5, n. 1, Jan./Abr. 2001: 105-120: A tecnologia da informação na área hospitalar**: um caso de implementação de um sistema de registro de pacientes. Disponível em: http://www.valentim.pro.br/Textos/Arquivos/RodriguesFilho_Xavier_Adriano_A_tecnologia_da_informacao_na_area_hospitalar.pdf
- RODRIGUES, M.; ASSOLARI, L. M. A. **A tecnologia da informação ERP e seus benefícios na gestão de processos e crescimentos dos negócios**. XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro, 22 a 26 de setembro, 2007.
- SEVERINO, J. A.: **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- SILVA, L. E.; MENEZES, M. E.: **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Disponível em: <http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia%20da%20Pesquisa%20a%20edicao.pdf>
Acesso em: 01 de abril 2010. 79

Acreditação

P_51_2011 - Análise das metas internacionais de segurança do paciente: rumo à acreditação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Luisa Franciscatto, Camila Karsburg Bessow, Marina Amaral de Oliveira, Juliana Vasconcelos de Abreu Ruszczyk, Mariza Machado Kluck

Resumo: O Hospital de Clínicas de Porto Alegre deseja conquistar o reconhecimento internacional através do Programa de Acreditação Internacional da Joint Commission Internacional. O objetivo desse estudo é analisar o capítulo de metas de segurança da avaliação diagnóstica da acreditação internacional e propor planos de ação para correção das não conformidades apresentadas no relatório da avaliação diagnóstica do Consórcio Brasileiro de Acreditação. Enquanto a avaliação geral de todos os quesitos encontrou 55,2% dos padrões avaliados como conforme, a avaliação dos quesitos das metas de segurança do paciente encontrou apenas 9,5% avaliados como conforme.

Introdução

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital público, que desde a sua fundação em 1970, é referência em saúde no Brasil. Sendo modelo de gestão bem-sucedida, o HCPA alia tanto ensino e pesquisa quanto uma assistência médica de qualidade e de grande valor social. Contando com uma extensa rede de funcionários, professores, alunos e médicos residentes, o HCPA atende principalmente pacientes do SUS e, através de sua grande infra-estrutura, proporciona assistência de qualidade diariamente por meio dos ambulatórios, emergência, internação, centros cirúrgicos e demais locais, sempre com o intuito de bem atender à comunidade. Agora, esse hospital está em busca da acreditação de sua qualidade na atenção dos serviços prestados à saúde através de uma avaliação externa capaz de gerar o

reconhecimento internacional da qualidade de seus serviços. A Acreditação Internacional é uma das ferramentas disponíveis para avaliação e padronização da qualidade assistencial prestada por organizadores de saúde.

A Acreditação Internacional é uma realidade nos Estados Unidos há mais de 80 anos, mas somente passou a ser discutida nos países latino-americanos nos últimos 15 anos. O HCPA, que havia tido uma experiência negativa com o Programa Brasileiro de Acreditação Internacional, encontrou no Programa de Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI), criado em 1998 e que já acreditou mais de 70 hospitais em 15 países, uma nova alternativa de avaliação externa. O Hospital de Clínicas passará por fases distintas a fim de obter a sua acreditação, sendo a primeira composta pela disseminação do método, capacitação de equipes internas, avaliação diagnóstica, relatório de não-conformidades e preparação de um plano de ação; a segunda é constituída pela execução do plano de ação proposto para atender às não-conformidades; e, na última fase, os avaliadores internacionais farão a avaliação para certificação pela JCI.

Objetivo

Esse artigo tem como objetivo analisar o capítulo da Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional referente a metas de segurança e propor planos de ação para a correção das não conformidades apresentadas no relatório da avaliação diagnóstica realizada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).

Justificativa

Sendo o setor dos cuidados referentes à segurança do paciente um dos mais deficitários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, é de suma importância que analisemos as metas de segurança para que possamos corrigir o mais rápido possível o que não se encontra de forma adequada atualmente.

Materiais e métodos

Para realizarmos uma análise crítica sobre as metas de segurança propostas no capítulo "Metas Internacionais de Segurança do Paciente" e os resultados encontrados na avaliação realizada no HCPA pelo CBA, foram utilizadas as seguintes fontes: 1. Manual da Acreditação Internacional da Joint Commission International, 2. Relatório da Avaliação Diagnóstica realizada pelo CBA na etapa de preparação do HCPA para a Acreditação Internacional, 3. O artigo "O HCPA e o Programa de Acreditação Hospitalar Internacional (Joint Commission International)". Inicialmente, o artigo "O HCPA e o Programa de Acreditação Hospitalar Internacional (Joint Commission International)" foi discutido entre os integrantes do grupo para que cada um dos participantes adquirisse conhecimento sobre o assunto a ser analisado e também para que a importância da conquista da acreditação pelo HCPA fosse ressaltada. Para se fazer a análise crítica das metas de segurança, cada uma delas foi analisada isoladamente e, depois, foi analisado o relatório com os resultados encontrados pelo CBA. Foram realizadas buscas na intranet do HCPA por protocolos que visassem o cumprimento das metas estabelecidas para a segurança no paciente; ao ser acessado, porém, o link Assistência a Protocolos Assistenciais Gerenciados, nenhum dos protocolos almejados foi encontrado.

Resultados

A meta número 1 avalia a identificação correta dos pacientes, existindo para ela cinco elementos de mensuração. Foram analisados por quais meios o hospital assegurava a precisão na identificação correta dos pacientes; quais requisitos eram utilizados para a identificação, não podendo incluir o uso do número do quarto ou da localização do paciente; avaliaram se os pacientes são identificados antes de se administrar medicamentos, sangue ou hemoderivados; se os pacientes são identificados antes da coleta de sangue e de outras amostras para exame; e se os pacientes são identificados antes da administração de procedimentos e tratamentos. Destes cinco elementos, a instituição não apresentou conformidade com o primeiro deles, não estabelecendo políticas ou procedimentos que definissem a precisão da identificação do paciente. O restante foi avaliado como parcialmente conforme, devido à escolha dos requisitos para a identificação dos pacientes, sendo estes o nome e o número do prontuário. Segundo a metodologia preconizada para o envolvimento do paciente no cuidado do processo de segurança da informação, como a maioria dos pacientes não sabe informar seu número de prontuário, este identificador não é seguro. Uma medida a ser considerada seria a implementação de pulseiras para todos os pacientes, identificando-os pelo seu nome e data de nascimento, ou então pelo nome da mãe.

A meta número 2 é sobre melhorar a comunicação efetiva. Foi avaliado se havia um processo colaborativo no desenvolvimento de políticas e/ou procedimentos que definissem a precisão das comunicações verbais e telefônicas, porém este requisito foi considerado em não conformidade. Os outros 3 elementos de mensuração avaliavam se as prescrições completas ou resultados de exames fornecidos verbalmente, pessoalmente ou por telefone eram anotados na íntegra por quem recebia a prescrição ou o resultado, se eram relidos e se esses eram confirmados pelo indivíduo que fez a solicitação ou transmitiu o resultado do exame. Como não foram apresentadas evidências de processo institucional sistematizado para as situações definidas, essas condições foram caracterizadas como parcialmente conformes. Seria recomendado, para obtenção dos parâmetros almejados, que a instituição elaborasse e implementasse políticas e procedimentos definindo a precisão das comunicações verbais e telefônicas, incluindo a anotação ou digitação de toda prescrição ou resultado de exame pelo receptor da informação, a releitura da ordem ou resultado do exame por parte do receptor, e a confirmação de que o que foi anotado e lido está correto.

A meta número 3 fala a respeito de melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância, sendo esta meta avaliada a partir de dois elementos de mensuração; um interessado em métodos que assegurem a localização, rotulagem e armazenamento de eletrólitos concentrados (cloreto de potássio, fosfato de potássio, cloreto de sódio - mais concentrado que 0,9% - e sulfato de magnésio - 50% ou mais concentrado); o outro diz respeito à facilidade de acesso a esses eletrólitos, como estarem presentes nas unidades de cuidado ao paciente, a menos que seja clinicamente necessário (centro cirúrgico, ou nos departamentos de emergência), e se estando à disposição, como é feito o cuidado para a prevenção de administrações inadvertidas. Ambos os critérios foram considerados em não conformidade com as metas internacionais de segurança para o paciente, sendo que o hospital não apresentou políticas e/ou procedimentos definindo localização, rotulagem e armazenamento de eletrólitos concentrados, além de que estes foram encontrados em lugares inadequados, como gavetas sem a devida identificação correta, junto a outros elementos. É recomendado que a instituição elabore políticas e procedimentos prevenindo a locação de eletrólitos concentrados nas áreas de cuidado ao paciente. Uma medida a ser tomada seria identificar as áreas onde os eletrólitos concentrados são necessários clinicamente, rotular os eletrólitos de maneira correta e armazená-los em um local seguro e com acesso restrito.

A meta número 4 é sobre assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto. Era definido como estando conforme com as metas de segurança se houvesse algum procedimento que estabelecesse o local de intervenção, procedimento e paciente corretos, incluindo procedimentos realizados fora do centro cirúrgico. A instituição deveria apresentar uma maneira de identificar o local da intervenção cirúrgica que envolvesse o paciente no processo, como uma marcação no local feito por este. Foi feita a verificação se era utilizado um processo para averiguar se todos os documentos e equipamentos necessários ao procedimento estavam disponíveis, se eram os corretos e se estavam funcionando. Analisaram se existia uma lista de verificação e se era realizado um intervalo logo antes de iniciar o procedimento cirúrgico. Esses quatro itens utilizados como mensuração para esta meta foram considerados com em não conformidade com os padrões de segurança, devido a não apresentação de medidas que respondessem positivamente aos quesitos requeridos. Recomenda-se, que para atingir os parâmetros almejados, a instituição adote práticas baseadas em evidências, tais como aquelas descritas no Protocolo Universal para Prevenção de Cirurgias com Local de Intervenção Errado, Procedimento Errado, ou Pessoa Errada, criada pela Joint Commission.

A meta número 5 buscava avaliar o que era feito para reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde. Analisaram se existia alguma política ou procedimento que englobasse a redução do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; se a instituição adotou ou adaptou diretrizes disponíveis e aceitas atualmente para a higiene das mãos. Esses critérios foram considerados como conformes. Já o item que verificava a implementação de um programa efetivo para a higiene

das mãos foi considerado como parcialmente conforme devido à ausência de cartazes de orientação junto às pias para lavagem das mãos. Uma medida para a solução deste impasse seria a colocação de cartazes explicativos, localizados próximos as pias, ilustrando a lavagem correta das mãos, dando prosseguimento à estratégia de diminuição do risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Finalmente, a meta número 6 preocupa-se em assegurar se a instituição desenvolve uma abordagem para reduzir os riscos de lesões ao paciente, decorrentes de quedas. Foi analisado de que maneira o hospital reduzia o risco de lesões ao paciente, decorrentes de quedas; porém, como não foram apresentadas políticas ou procedimentos para diminuição do risco, este item foi considerado como em não conformidade. Outro requisito era se a instituição implementava um processo para avaliação inicial dos pacientes para o risco de queda e de reavaliação de pacientes quando esta estava indicada por uma alteração da condição, medicamentos, entre outros. Foi considerado parcialmente conforme por haver setores em que tais necessidades não foram obedecidas, e também pela avaliação dos fatores de risco não estarem uniformes. O último tópico observava medidas implementadas para reduzir o risco de quedas para aqueles pacientes avaliados como sendo de risco. Como os setores não apresentaram um processo institucional sistematizado, foi considerado como parcialmente conforme de acordo com os padrões de segurança. Como uma medida a ser considerada para a redução do risco de lesões devidas a quedas, o hospital deveria, junto à nota de admissão, realizar um questionário, avaliando histórico de quedas, revisão do uso de medicamentos e consumo de álcool, avaliação da marcha e equilíbrio e de dispositivos utilizados pelo paciente para locomoção; a partir do qual se faz a avaliação do risco, e estabelecendo assim medidas preventivas, como utilizar grades nas macas, assim como cadeiras de rodas para pacientes ambulatoriais durante consultas e exames.

Discussão

Tendo em vista a importância da correta identificação dos pacientes, e que é a partir deste princípio que podemos assegurar que a abordagem ao paciente está sendo feita precisamente, e que assim os resultados serão evidenciados, como um diagnóstico e tratamento sendo efetivamente para aquele paciente. É de suma importância que o Hospital de Clínicas implemente em sua política uma maneira de identificar seus pacientes isenta de possíveis erros, para que assim, uma conduta médica adequada possa ser realizada. O uso de pulseiras, já na admissão do paciente, seria uma possível solução para sanar esta necessidade, e usando como elemento identificador, seu nome e data de nascimento, para que desta maneira, ele possa ajudar ativamente no processo, assegurando que ele abranja todas as situações possíveis de identificação.

A meta número 2 tem como objetivo principal melhorar a efetividade da comunicação entre os profissionais da saúde dentro do ambiente hospitalar e laboratorial. Na instituição, devem existir normas que regularizem a passagem de informações, para que não haja erros nesse processo. Cabe lembrar que as principais trocas de informação passíveis de erro são as transmitidas verbalmente. No HCPA, foi identificada uma lacuna nesse processo de transmissão de informações na forma verbal. O procedimento de confirmação da informação recebida, através da descrição manual e da releitura daquilo que foi escrito, não foi identificado nesse hospital. O HCPA, entretanto, é um hospital totalmente informatizado, sendo que todos os exames, descrição de procedimento e cirurgias, internações, consultas ambulatoriais, fármacos prescritos e diagnósticos estão descritos no prontuário on-line do hospital. Vale lembrar que os computadores estão presentes nos andares de internação, ambulatórios, emergências e até mesmo no bloco cirúrgico, assim como em suas salas. Apesar disso, em algumas situações, é necessária a utilização de transmissão de informações verbalmente; nesses casos, então, deve-se implementar a conduta preconizada pela JCI - descrição e releitura -, a fim de que se erradiquem os erros. Em relação à meta número 3, que diz respeito à Melhora da Segurança de Medicamentos de Alta-Vigilância, em nenhum dos dois quesitos avaliados o HCPA se mostrou em conformidade com os padrões estabelecidos pela JCI. É necessário que os eletrólitos concentrados sejam devidamente rotulados e armazenados, e que sua localização seja ou na farmácia ou nos locais onde eles são imprescindíveis, para evitar administração desses eletrólitos em concentrações erradas ou pacientes errados. Com isso, se garante maior qualidade e segurança no atendimento aos pacientes.

A meta número 4 busca Assegurar Cirurgias com Local de Intervenção Correto, Procedimento Correto e Paciente Correto, e o nosso hospital mais uma vez está fora da conformidade em todos os quesitos avaliados. Não foram apresentadas políticas que estabeleçam o local correto da intervenção, o procedimento correto e o paciente correto, e nem mesmo há um processo para verificar se todos os documentos e equipamentos necessários estão disponíveis. Todos esses fatores contribuem para uma alta taxa de procedimentos errados em pacientes errados, o que acarreta prejuízos não só ao paciente, mas também a toda a equipe cirúrgica e ao próprio sistema de saúde, que acaba possuindo gastos adicionais e processos jurídicos devido aos erros. Como já foi falado, um hospital que almeja a excelência em qualidade assistencial, com gastos racionais e medicina baseada em evidência, necessita se adequar a essas normas propostas pela JCI o mais rápido possível, para que seja estabelecida a segurança do paciente estando ele dentro do HCPA.

Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde (meta número 5) é um assunto de extrema relevância, pois a população espera dos hospitais a promoção de saúde e não a aquisição de infecções por meio das práticas utilizadas na saúde. Os dois primeiros quesitos analisados foram classificados como conforme, já que o HCPA utiliza um processo colaborativo no desenvolvimento de políticas e/ou procedimentos que englobem a redução de risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e também porque a instituição adotou diretrizes para a higiene das mãos. O último quesito analisado, que diz respeito à implementação de um programa efetivo para a higiene das mãos, foi classificado como parcialmente conforme, pois não foram encontrados cartazes de orientação junto a todas as pias para lavagem de mãos. Realmente, não há cartazes próximos a todas as pias do HCPA – os cartazes de alguns andares se descolaram e não foram recolocados. É notável a preocupação desse hospital em controlar as infecções transmitidas por profissionais de saúde: desde os primeiros semestres, os alunos aprendem os 6 passos da higiene das mãos, e há cartazes colados junto às pias para lembrar cada profissional de como se faz uma boa higiene das mãos e de quanto importante é realizá-la. Como os cartazes não estão colados junto a todas as pias, se o fizermos, atingiremos o conforme em todos os quesitos dessa meta.

A meta número 6 tem como objetivo reduzir o risco de lesões decorrentes de quedas ao paciente. Aqui, é adequado repetir o que foi dito na meta anterior: a população espera dos hospitais a promoção de saúde e não a aquisição de malefícios para a sua saúde (nesse caso, o risco de cair e se lesionar). O HCPA deve instituir uma política e procedimentos para prevenção de quedas, os quais devem ser apresentados a cada paciente já no momento de sua admissão hospitalar – com isso, o primeiro quesito deixaria de ser classificado como não conforme e seria classificado como conforme. Sugerimos nos resultados que fosse realizado um questionário com o paciente e com seus familiares tratando sobre quedas passadas, avaliação da marcha e do equilíbrio atuais, avaliação do grau de independência nas atividades da vida diária, consumo de álcool ou outras substâncias capazes de alterar o equilíbrio ou os reflexos e outros itens importantes para determinarmos qual é o verdadeiro risco de quedas para cada paciente que será institucionalizado. A partir desse questionário, os leitos seriam adaptados para que as necessidades de cada paciente fossem supridas, como, por exemplo, grades nas camas (já em prática), grades em macas e dispositivos utilizados pelo paciente ao lado de sua cama (ex: bengala, cadeira de rodas). O segundo quesito foi classificado como parcialmente conforme, porque, segundo os avaliadores, a instituição apresenta um processo para avaliação inicial dos pacientes para o risco de quedas e de reavaliação dos pacientes quando esta for indicada, mas não a põe totalmente em prática. Os avaliadores encontraram uma paciente com gesso no membro inferior internada na ala psiquiátrica em um leito sem grades. Na nossa opinião, esse quesito foi avaliado com um rigor maior do que o necessário – pacientes psiquiátricos não deveriam ser expostos a grades e outros objetos que pudessem ser transformados em objetos perigosos. É óbvio que é de extrema importância garantir segurança aos pacientes através de grades em camas, mas elas podem não ser seguras para pacientes psiquiátricos com chance de automutilação. Uma opção a ser considerada seria avaliar os leitos da ala psiquiátrica e o perfil dos pacientes institucionalizados para concluirmos quais seriam as opções mais seguras para os leitos psiquiátricos: talvez pudessemos mandar confeccionar leitos especiais com elevações de madeira acolchoada nas laterais. O terceiro quesito também foi classificado como parcialmente conforme, pois os avaliadores não encontraram o processo institucional sistematizado com medidas de redução de risco implementadas em todos os locais do hospital. Os exemplos citados por eles foram o da paciente com gesso já tratada aqui nessa discussão, o de uma paciente com sonda nasointestinal que recebera alta e estava aguardando em uma poltrona sem acompanhante e o de não haver barras de apoio no banheiro da sala de preparo para colonoscopia. Para atingirmos o resultado conforme nesse quesito, o hospital deve avaliar todos os setores e instituir todas as medidas para redução do risco de quedas, tais como barras de apoio em todos os banheiros, portas que abrem para o lado de fora em todos os banheiros, dar alta aos pacientes apenas quando eles estiverem acompanhados, rever os leitos psiquiátricos e

fazer modificações especiais que possam garantir segurança ao paciente e tranquilidade aos médicos de que aquele paciente não se machucará com os objetos disponíveis nos quartos, entre outras.

Conclusão

Os cuidados que dizem respeito à segurança do paciente são um dos setores mais deficitários do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O desempenho geral do hospital mostrou que 55,2% dos padrões analisados foram avaliados como conforme, 19,5% foram avaliados como parcialmente conforme e 23,6% foram avaliados como não conforme. Os padrões avaliados das metas de segurança, porém, tiveram os seguintes resultados: 42,85% de quesitos foram avaliados como não conforme, 47,61% de quesitos foram avaliados como parcialmente conforme e 9,5% dos quesitos foram avaliados como conforme.

Certamente, será uma longa jornada em busca da acreditação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e, no que diz respeito às metas de segurança do paciente, não será fácil nem rápido chegar a 100% de conformidade. É imprescindível que seja estabelecido um plano de ação coerente e passível de execução, contando com opções para correção das não-conformidades, planejamento de quantas dessas opções serão postas em prática a cada ano e de taxas esperadas de avanço na avaliação a cada ano. Incontestavelmente, há muito a ser feito até receber o título de acreditado, mas, sem dúvida, um hospital com esse porte e renome consegue passar através de todas as dificuldades envolvidas em cada uma das etapas e conquistar o título almejado.

Referências

- Manual da Acreditação Internacional da Joint Commission International;
- Relatório da Avaliação Diagnóstica realizada pelo CBA na etapa de preparação do HCPA para a Acreditação Internacional;
- O artigo "O HCPA e o Programa de Acreditação Hospitalar Internacional (Joint Commission International)"
- O artigo "Acreditação, Ética e Cidadania como Processos Indutores da Qualidade Hospitalar", de André Cezar Médici
- Aulas da professora Mariza Machado Kluck, professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Qualidade E Segurança

P_53_2011 - Análise do grau de satisfação de usuários de um hospital universitário privado

Mileide Morais Pena, Marta Maria Melleiro

Resumo: Os objetivos deste estudo foram conhecer o grau de satisfação dos usuários de um hospital privado e os fatores intervenientes nessa satisfação, baseado no modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry. O local do estudo foi um hospital privado e a população constituída de 288 usuários. Os resultados identificaram que os maiores níveis de satisfação estiveram relacionados com as equipes de enfermagem e médica. Observou-se a necessidade de intervenção nas áreas de nutrição e atendimento inicial. Assim, este estudo propiciou um diagnóstico multisetorial, subsidiando a revisão de processos assistenciais e gerenciais.

Descritores: qualidade da assistência à saúde; avaliação de serviços de saúde; satisfação dos consumidores.

Introdução

Nas últimas décadas, a qualidade nos serviços de saúde tem ganhado magnitude e o seu significado tem passado por constante construção conceitual e metodológica. Definir níveis de qualidade em saúde é de uma complexidade ímpar, dada a natureza e a peculiaridade das instituições de saúde. Além disso, padrões de qualidade e segurança, cada vez mais elevados, vêm sendo exigidos de tais instituições, levando-as a buscar efetivos meios para mensurar e avaliar os serviços prestados.

Miguel (2001) destaca que a implementação da qualidade nos serviços prestados está relacionada ao conceito de qualidade assumido pela organização, que ao construir e praticar uma política de qualidade tem suas atividades atreladas a um contínuo monitoramento, viabilizando a redução de não conformidades, de menores custos, da ausência do desperdício e do retrabalho.

O termo qualidade também tem sido empregado em um sentido amplo para refletir não só a qualidade da atenção, definida como atendimentos das necessidades de saúde existentes ou potenciais, mas também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação do pessoal dos serviços de saúde e a segurança das instituições nas quais os serviços são fornecidos e a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços (Starfield, 2002).

A gestão das instituições hospitalares tem preconizado, sobretudo, um olhar atento à satisfação plena dos usuários, como uma ferramenta para mensurar a qualidade do serviço prestado, partindo do pressuposto de que a eficácia nos processos da assistência hospitalar, somente, terá êxito se estiver a serviço dessa população.

Nessa perspectiva, pesquisar a respeito da satisfação dos usuários é uma tarefa fundamental para a gestão dos serviços, uma vez que seu entendimento pode proporcionar, sob a ótica dos usuários, uma avaliação de desempenho que indicará decisões tanto estratégicas como operacionais influenciáveis na qualidade dos serviços prestados pelas organizações e, até mesmo, na adesão dos usuários ao tratamento e na segurança dos mesmos (Williams, 1994; Gerschman et al, 2007).

Observa-se que a avaliação dos serviços de saúde, na percepção do usuário, tornou-se uma importante ferramenta para os tomadores de decisão ao gerenciarem esses serviços. Quando os usuários avaliam a qualidade de um serviço de saúde comparam o que desejam com o que recebem. Quando os serviços recebidos atendem as suas expectativas, os resultados obtidos são bons. Logo, pode-se afirmar que quanto mais se conhece o usuário, suas necessidades e expectativas, maior é a possibilidade de satisfazê-lo, e com isso, proporcionar a tão almejada qualidade assistencial.

Diante dessas considerações os objetivos deste estudo foram: conhecer o grau de satisfação dos usuários de Convênios Privados e de usuários particulares acerca do atendimento em uma unidade de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário privado e analisar os fatores intervenientes no grau de satisfação desses usuários, baseado no modelo avaliativo de Parasuraman, Zeithaml e Berry.

Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa. Foi realizado em um hospital privado de grande porte, nível terciário, localizado no Estado de São Paulo.

A amostra foi constituída por 288 usuários maiores de 18 anos e alfabetizados da Unidade de Clínica Médica e Cirúrgica. Tal unidade possui 44 leitos com cerca de 290 internações/mês, taxa de ocupação de 75% e média de permanência de três dias.

Os usuários que atendiam aos critérios de inclusão foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Garantiu-se aos participantes, o sigilo das informações e a voluntariedade na participação.

A coleta de dados ocorreu após anuência do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em questão, no período de abril a julho de 2009. O instrumento de coleta de dados constituiu-se na sua primeira parte, da caracterização sócio-demográfica e na segunda parte, das proposições, contemplando os atributos do serviço mensuráveis em uma escala de 1 a 6.

Neste estudo o instrumento utilizado foi aquele validado por Castellanos (2002), baseado na Escala *SERVQUAL*, que avalia o grau de satisfação do usuário considerando cinco dimensões: confiabilidade, responsividade, tangibilidade, garantia e empatia. Nesse instrumento as variáveis pesquisadas foram agrupadas em 36 atributos do atendimento.

Os dados foram organizados e armazenados em planilha Excel® e analisados por meio do processamento dos recursos de computação através do software *Statistic Package for Social Sciences (SPSS)* for Windows 15.0.

Resultados

Os resultados mostraram que 147 (51%) usuários eram do sexo masculino e 141 (49%) do sexo feminino, com faixa etária entre 18 a 88 anos (média de 41,42 anos, desvio-padrão de 16,84 anos e mediana de 39 anos). Quanto à escolaridade, 144 (50%) do total dos participantes possuíam o ensino médio completo (incluindo ensino superior incompleto) e 48 (16,7%) ensino superior completo. O perfil das internações foi predominantemente cirúrgico, totalizando 202 (70,1%) participantes. As especialidades com maior número de internações foram Gastrocirurgia com 62 (21,5%) internações, Clínica geral com 43 (14,9%), Ortopedia com 34 (11,8%) internações e Cirurgia Geral com 19 (6,6%) internações. A média de permanência das internações clínicas foi de 6,29 dias, com mediana de cinco dias e das internações cirúrgicas foi de 12,85 dias, com mediana de 6,27.

Para a obtenção dos níveis de satisfação dos participantes foram pesquisados 36 atributos do atendimento, classificados de acordo com o modelo avaliativo proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1991). Dentre esses atributos quatro correspondiam à equipe médica (1-4), oito à equipe de enfermagem (5-12), oito ao serviço de nutrição (13-20), oito a atributos gerais (21-28), um ao serviço social (29) e sete ao atendimento inicial (30-36), conforme demonstrado na Figura 1, a seguir:

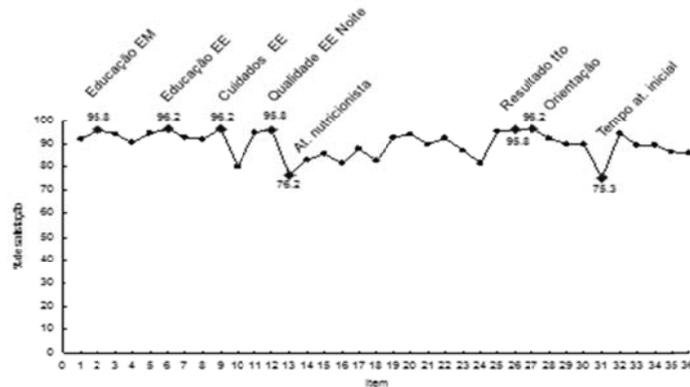


Figura 1 - Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários por atributos, São Paulo (Interior de SP) – 2009

Os atributos com maior índice de satisfação foram: “educação da equipe de enfermagem” com 277 (96,2%), “cuidados prestados pela equipe de enfermagem” com 277 (96,2%), “qualidade geral da enfermagem que atende durante a noite” com 276 (95,8%), “orientação para continuidade do tratamento” 277(96,2%), “educação da equipe médica” com 276 (95,8%) usuários, “resultado do tratamento ou cirurgia” com 276 (95,8%).

Os atributos que tiveram impacto negativo foram: “atendimento da nutricionista” com 112 (76,2%) usuários e “tempo de espera para conseguir atendimento inicial” com 217 (75,3%) usuários, ambos com os menores índices de satisfação.

A Figura 2 exibe os níveis de satisfação por atributos segundo o tipo de internação e destaca os atributos onde foi encontrada diferença estatística significativa entre os usuários internados para tratamento clínico e cirúrgico.

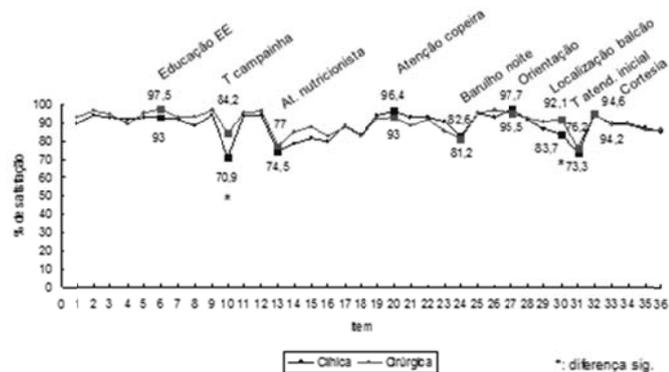


Figura 2 - Distribuição dos níveis de satisfação dos usuários por atributos segundo tipo de internação, Interior de SP 2009

No atributo “tempo de espera para atender a campanha” 61 (70,9%) usuários internados para tratamento clínico demonstram-se satisfeitos com este item, enquanto que dentre os usuários internados para tratamento cirúrgico o número cresce para 170 (84,2%) usuários satisfeitos. Evidencia-se que os usuários clínicos demonstram-se mais insatisfeitos do que os cirúrgicos. Supõe-se que usuários internados para tratamento clínico tendem a ter idade mais avançada e serem mais dependentes, enquanto que os cirúrgicos são mais jovens e requerem menos auxílio para suas atividades. Portanto, para os usuários do primeiro grupo esse atributo pode ter peso maior e consequentemente menor faixa de tolerância.

O segundo caso de divergência refere-se ao atributo “facilidade de localização do balcão ou pessoa a qual se dirigir logo que entra no hospital”, pois, enquanto 72 (83,7%) usuários internados para tratamento clínico mostram-se satisfeitos, 186 (92,1%) usuários cirúrgicos referem sua satisfação. Novamente os usuários clínicos ratificam-se menos satisfeitos com o serviço do que os cirúrgicos, provavelmente pelos mesmos motivos descritos acima.

Através da análise dos gráficos 1 e 2 pode-se observar, que o constructo equipe médica é um dos que apresenta os maiores níveis de satisfação obtidos nesta pesquisa. Nos seguintes atributos a equipe cirúrgica apresenta maior índice de satisfação: “atenção” (item 1) com 188 (93,1%) usuários, “educação” (item 2) com 195 (96,5%) e “empenho” (item 3) com 191 (94,6%) usuários satisfeitos. No atributo “explicações-orientações” (item 4), a clínica médica apresenta 79 (91,9%) usuários satisfeitos, porcentagem discretamente maior que a da equipe cirúrgica com 181 (89,6%) de usuários satisfeitos.

Tal fato é analisado por alguns autores como resultado de uma atitude passiva do usuário frente ao serviço prestado pelo médico. Segundo esses autores os modelos de avaliação não refletem a relação médico-usuário, pois são pautados no seguinte esquema: “Os usuários chegam ao serviço com os objetivos, os médicos fazem algo pelos objetivos (ou não); um *satissímetro* (*satissometer*) registra o resultado”. Não é problematizado se os usuários participam de forma ativa no processo de avaliação para influenciar sua própria satisfação (Carr-Hill, 1992; Aspinal et al, 2003).

Essa atitude passiva do usuário é preocupante frente às questões relacionadas à sua própria segurança. Só nos EUA, cerca de um milhão de pacientes por ano são vítimas de erros médicos e eventos adversos com drogas. Segundo recente metanálise, esta é a quarta causa de morte nos EUA. Fatores ambientais (barulho, calor), psicológicos (tédio, ansiedade, estresse) e fisiológicos (fadiga, sono) contribuem para a ocorrência de erros (Carvalho, Vieira, 2002). Portanto, se o usuário não participa ativamente do seu tratamento terá menos chances de tomar conhecimento de um erro ocorrido e de reivindicar as providências necessárias.

Todavia, é sabido que a relação médico-usuário está entre os principais determinantes da satisfação, assim como as características dos usuários (incluindo as sócio-demográficas; as expectativas desses sobre a consulta médica e seu estado de saúde); as características dos profissionais que prestam o atendimento (incluindo traços de personalidade, qualidade técnica e a arte do cuidado) e os fatores estruturais e ambientais, incluindo o acesso, forma de pagamento, tempo de tratamento, marcação de consulta e outros (Espiridião, Trad, 2006).

Nesta pesquisa, evidencia-se também o elevado grau de satisfação dos usuários em relação à equipe de enfermagem. No atributo “educação da equipe de enfermagem” (item 6) observou-se 197 (97,5%) usuários satisfeitos, em “cuidados prestados pela enfermagem” (item 9) houve 196 (97%) usuários e a “qualidade do serviço de enfermagem da noite” (item 12) atingiu 195 (96,5%) usuários cirúrgicos satisfeitos. No entanto, vale destacar o item “tempo de espera para atender a campainha” (item 10), que apresenta 61 (70,9%) usuários clínicos satisfeitos e 170 (84,2%) usuários cirúrgicos, sendo esse o menor índice de satisfação dentre todos os itens. Observa-se também uma diferença estatística significativa entre os tipos de internação em relação à satisfação. Os usuários das internações clínicas apresentam satisfação significativamente menor que os da unidade cirúrgica.

Parece oportuno lembrar que a maioria das interações do usuário hospitalizado ocorre com a equipe de enfermagem, uma vez que essa equipe permanece continuamente ao seu lado, ao longo de todo o período da internação, enquanto que as demais categorias desenvolvem atividades parcelares devido às características de seu trabalho.

A qualidade da assistência de enfermagem é um conceito amplo e difícil de mensurar, pois sobre esse atributo incidem uma ampla gama de fatores. Considera-se que a satisfação do usuário com o cuidado recebido é somente uma medida da qualidade funcional do cuidado, porque a qualidade técnica do que está sendo fornecido seria difícil de ser avaliada pelo usuário (Waltz, Strickland, Lenz, 2004).

No entanto, pode-se supor que a satisfação do usuário com a equipe de enfermagem pode estar indiretamente ligada ao nível de capacitação técnica dessa equipe, pois mesmo não reconhecendo os aspectos técnicos do cuidado, o usuário os percebe através da eficácia e do resultado do tratamento, provenientes de uma assistência de qualidade e livre de danos.

Os resultados referentes à satisfação em relação aos atributos da equipe de nutrição demonstram menor nível de satisfação referente ao “atendimento da nutricionista” (item 13) com 35 (74,5%) usuários clínicos e 77 (77%) usuários cirúrgicos, seguido por “temperatura da comida” (item 16), respectivamente com índices de satisfação de 69 (79,8%) e 166 (82,5%). Vale lembrar que 141 (49%) usuários não tiveram contato com a nutricionista durante sua internação, provavelmente por se tratar de internações com tempo de permanência reduzido ou ainda pelo quantitativo insuficiente de profissionais dessa categoria.

Ressalta-se que a alimentação é extremamente importante e, muitas vezes, vital para o restabelecimento dos usuários. A dieta hospitalar tem como objetivos garantir o aporte de nutrientes ao usuário internado, para preservar ou recuperar seu estado nutricional, e também apresenta papel co-terapêutico, por auxiliar na adaptação ao período de internação (Garcia, 2006).

Nesse cenário, cabe ressaltar a importância da relação nutricionista-usuário, para o conhecimento das preferências e expectativas do usuário frente ao serviço de nutrição, contribuindo para a escolha de um cardápio mais adequado às suas necessidades.

Nonino-Borges et al (2006) apontam, ainda, para a relevância da interdisciplinaridade, pois entendem que a equipe de atendimento ao usuário deve ser estimulada a trabalhar efetivamente e em conjunto. Isso significa a tomada da consciência, por parte dos gestores, da importância do trabalho de cada categoria, em prol do melhor tratamento do usuário. É óbvio que esse objetivo só pode ser atingido com um número adequado de profissionais em cada unidade, possibilitando a prescrição da dieta e a revisão do cuidado nutricional.

Observa-se, nas Figuras 1 e 2 altos índices de satisfação com relação aos atributos gerais, tanto para os usuários clínicos como os cirúrgicos.

Os itens “conforto do quarto” (item 21), “limpeza do quarto” (item 22), “instalações do banheiro” (item 23) e “nível do barulho à noite” (item 24) referem-se, basicamente, aos aspectos de estrutura física do serviço, pertencentes à dimensão tangibilidade, sendo melhor pontuados pelos usuários de internação clínica.

O atributo “nível de barulho à noite” é o que possui menor pontuação na categoria com 71 (82,6%) usuários clínicos e 164 (81,2%) usuários cirúrgicos.

Os itens “resultado do tratamento” (item 26), “orientação para alimentação em casa” (item 28) e “atendimento do serviço social” (item 29), pertencentes respectivamente, às dimensões confiabilidade, garantia e empatia apresentaram maiores índices de satisfação nos usuários cirúrgicos.

Segundo Azevedo (1991); Moreno Júnior e Zucchi (2005), a análise de estrutura que se constitui na ênfase dos sistemas brasileiros de classificação e análise de hospitais, foi sempre tratada com relativa superficialidade pelos autores americanos, desde os critérios da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* até os trabalhos de Donabedian e outros autores que tratam do problema da avaliação dos serviços. Prova disso é que nos estudos de Donabedian (1980, 1985) existe pouco mais do que um parágrafo dedicado ao tema estrutura.

Infer-se que, na avaliação de serviços em países industrializados, a pouca consideração da estrutura deve-se ao fato de seus estabelecimentos de saúde apresentarem níveis de qualidade de planta física e de equipamentos bastante razoáveis, situação distinta da que ocorre no Brasil, até mesmo nas instituições privadas.

No entanto, estudos recentes apontam para o interesse de organizações norte-americanas quanto aos aspectos estruturais e seu impacto para a qualidade do cuidado e para a segurança do paciente (Coile Jr, 2001; Varni et al, 2004).

Observa-se que organizações norte-americanas, como o “*Center for Health Design*”, uma organização norte americana sem fins lucrativos focada na pesquisa e promoção do “*Healthcare Design*”, tem desenvolvido estudos sobre a influência positiva do espaço na recuperação e satisfação dos usuários, enfatizando a importância da estrutura física no processo de qualidade das instituições, atributo até então pouco enfatizado pelos países desenvolvidos (The Center for Health Design, 2010). Cabe lembrar que a estrutura física está intimamente ligada à segurança do paciente.

Em relação ao atendimento inicial, observam-se níveis de satisfação elevados quanto ao item “cortesia” (item 32), tanto para internações clínicas 81 (94,2%) como cirúrgicas 191 (94,6%). Os menores níveis de satisfação foram encontrados no item “tempo de espera para conseguir o atendimento inicial” (item 31), sendo 63 (73,3%) usuários clínicos e 154 (76,2%) cirúrgicos. Nota-se, ainda, que há diferença significativa entre as internações em relação à satisfação, quanto à “facilidade de localização” (item 30), pois 72 (83,7%) usuários com internação clínica apresentam satisfação significativamente menor que 186 (92,1%) usuários cirúrgicos.

Acesso e acolhimento são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para o retorno do usuário e para a visibilidade do serviço. A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propicia a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, frequentemente, um bom vínculo expresso através de um longo tempo de uso (Ramos, Lima, 2003).

Conclusões

O presente estudo permitiu conhecer o grau de satisfação dos usuários de um hospital universitário, bem como os fatores intervenientes em sua satisfação.

Referente aos atributos pesquisados constatou-se de forma geral que todos foram bem avaliados pelos usuários, principalmente os referentes à equipe de enfermagem e médica. Todavia, não se deve excluir a necessidade de intervenção nos serviços de nutrição e no atendimento inicial no intuito de elevar ainda mais os padrões de qualidade de tal serviço.

Dentre os atributos que causaram maior satisfação estão os pertencentes às dimensões garantia e confiabilidade. Já os atributos que causaram insatisfação se enquadram nas dimensões empatia e responsividade. A dimensão tangibilidade não se destacou dentre os atributos com maior ou menor satisfação.

Por conseguinte, reconhece-se a satisfação do usuário como importante instrumento para a medida da qualidade dos serviços de saúde, bem como norteadora para o planejamento das ações, tomada de decisão e monitoramento dos resultados dos serviços de saúde.

Referências

- Aspinal F, Addington-Hall, Hughes R, Higginson U. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003;42(4):324-39.
- Azevedo AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 1991;25(1):64-71.
- Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. 1992;14(3):236-49.
- Carvalho M, Vieira AA. Erro médico em pacientes hospitalizados. *J Pediatr (Rio J)*. 2002;78(4):261-8.
- Castellanos PL. Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação [dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas; 2002.
- Coile RC Jr. Competing by design: hospitals of the future offer healing environments. *Russ Coiles Health Trends*. 2001;13(11):1,4-8.
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Chicago: Health Administration Press; 1980. v.1.
- Donabedian A. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Michigan: Health Administration Press; 1985.
- Espiridião AM, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saúde Pública*. 2006;6:1267-76.
- Garcia RWD. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Rev Nutr*. 2006;19(2):129-44.
- Gerschman S, Veiga L, Guimarães C, Ugá MAD, Portela MC, Vasconcellos MM, et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):487-500.
- Miguel PAC. Qualidade: enfoque e ferramentas. São Paulo: Artiliber; 2001.
- Moreno Júnior JMP, Zucchi P. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo. *Rev Adm Pública*. 2005;39(1):7-16.
- Nonino-Borges CB, Rabito El, Silva K, Ferraz CA, Chiarello PG, Santos JS, et al. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. *Rev Nutr [periódico na Internet]*. 2006 mai-jun. [citado 2009 nov 18];19(3):346-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300006.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark*. 1985;49(4):41-50.
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Refinement and reassessment of the SERVQUAL dimensions. *J Retailing*. 1991;67(4):420-50.
- Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
- The Center for Health Design (CHD) [homepage in the Internet]. United States of America; c2010. [cited 2010 jan. 30]. Available from: <http://www.healthdesign.org>.
- Varni JW, Burwinkle TM, Dickinson P, Sherman AS, Dixon P, et al. Evaluation of the built environment at a children's convalescent hospital: development of the pediatric quality of life inventory parent and staff satisfaction measures for pediatric health care facilities. *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25(1):10-20.
- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 3rd ed. Philadelphia: Springer Publishing; 2004.
- Williams B. Patients satisfaction: a valid concept. *Soc Sci Med*. 1994;38(4):509-16.

Avaliação de Tecnologia

P_54_2011 - Experiência de sucesso na implantação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulta no Norte de Minas Gerais

Renata Melgaço Gonçalves, Elaine Pereira Pontes, Carlos Alberto Gonçalves, Dayenne Cristina Martins Valente, Heloísa Azevedo Drumond, Telma Braga Orsini, Osvaldo Kurschus de Oliveira, Nágela Patrícia Amaral Rocha, Márcio Augusto Gonçalves, Márcia Mascarenhas Alemão

Resumo: Este artigo objetiva relatar experiência exitosa na implementação da Rede de Urgência e Emergência (UeE) com foco nos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na Macrorregião Norte, do Estado de Minas Gerais, no período de 2001 a 2010, nos hospitais públicos previamente selecionados. O planejamento da escolha dessas regiões teve como indicadores de saúde escolhidos: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Disability Adjusted Life Years (DALY) ou Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (AVPI), Localização Geográfica, Tripla Carga de Doenças, Alto Índice de Mortalidade e outros. Tendo como resultado a ampliação do parque de leitos de UTI nesses municípios.

Palavras-chave: Leitos UTI, Macrorregião Norte, Rede Urgência Emergência.

1. INTRODUÇÃO

Navegar pelas águas da administração dos parques de leitos das UTI da Macrorregião Norte de Minas Gerais tem exigido de nós, gestores e profissionais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), esforços e compromissos redobrados em direção a uma ação planejada.

Utilizamos o aprendizado de todo o esforço do governo de Minas Gerais de enfrentar o equilíbrio das contas públicas e a inserção na agenda da necessidade de uma gestão pública eficiente. Com o "Choque de Gestão" realizado pelo governo de Minas Gerais em 2003, foi possível executar ações que balizaram e permitiram a adoção de estratégias em 2007 com foco na ordenação de prioridades e planejamento, ou, em outras palavras, nos resultados. Além disso, é de suma importância a definição da rota estabelecida pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), 2007-2023, que é agir estrategicamente adotando instrumentos que permitam a adoção de melhorias e a correção das imperfeições.

Esse foco nos orientou, assim como as cartas e instrumentos de navegação, o caminho a seguir para uma gestão eficiente e eficaz na implantação de leitos de UTI nos hospitais públicos previamente selecionados, pertencentes aos municípios de Brasília de Minas, Janaúba, Pirapora, e Taiobeiras desta carente Macrorregião do Norte de Minas e empenhados na adoção de políticas públicas comprometidas com a melhoria de vida desta população.

Apresentamos a seguir o percurso metodológico ao navegarmos nesse estudo tendo por meta além de salvar vidas, proporcionar uma vida saudável a essa população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 Justificativa

Dado a enorme dimensão territorial e as vicissitudes sócio-demográficas com vigência de baixo índice de desenvolvimento humano, apresentamos esse estudo com a certeza de que mais um pilar de sustentação foi levantado para a construção, conhecimento e análise de um efetivo modelo de gestão por resultados, impondo aos agentes públicos grandes desafios na implantação de políticas setoriais, sendo fundamental para a equalização de todas essas desigualdades regionais, que os processos políticos decisórios considerem como diretriz fundamental o princípio da equidade.

3. Métodos

O presente estudo foi baseado na Rede de Urgência e Emergência (UeE) com foco nos Leitos de UTI dos hospitais públicos selecionados na Macrorregião Norte da SES/MG.

As informações foram colhidas na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, junto a Coordenadoria de Terapia Intensiva; nos sites do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) e em publicações científicas disponíveis na íntegra por banco de dados.

O planejamento do trabalho desenvolvido nesse relato teve como indicadores selecionados: IDH, DALY, Deficiência dos Hospitais, Localização Geográfica, Renda Per Capta, Tripla Carga de Doenças, - Alto Índice de Mortalidade, e outros.

As palavras-chaves utilizadas para a pesquisa foram: Leitos UTI, Macrorregião Norte, Rede Urgência Emergência.

3.1 Características Gerais de Minas Gerais

Minas Gerais é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo a quarta maior em extensão territorial, com 586.528,3 km². Localiza-se no Sudeste e limita-se a sul e sudoeste com São Paulo, a oeste com o Mato Grosso do Sul e a noroeste com Goiás, incluindo uma pequena divisa com o Distrito Federal, a leste com Espírito Santo, a sudeste com o Rio de Janeiro e a norte e nordeste com a Bahia. O estado é o segundo mais populoso do Brasil, com pouco mais de 20 milhões de habitantes.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) decompôs o estado em 12 mesorregiões, que consistem em: - Campo das Vertentes, - Central Mineira, - Jequitinhonha, - Metropolitana de Belo Horizonte (BH), - Noroeste de Minas, - Norte de Minas, - Oeste de Minas, - Sul e Sudoeste de Minas, - Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, - Vale do Mucuri, - Vale do Rio Doce, e Zona da Mata.

O Norte de Minas, região definida para este estudo, é a maior das mesorregiões e abrange 86 municípios, segundo pesquisa realizada pelo IBGE em 2006. A mesma ocupa uma área de aproximadamente de 128 mil km² e abrigam um pouco mais de 1,5 milhões de habitantes, segundo a estimativa de 2005 do IBGE, sendo maior que os estados de Pernambuco ou Santa Catarina.

Para uma melhor gestão a SES/MG, partindo de um dos princípios organizativos do SUS, a regionalização, os municípios do estado foram agrupados em macro e microrregiões com o objetivo de melhor assegurar o acesso dos cidadãos a todas as ações necessárias à resolução de seus problemas de saúde proporcionando a otimização dos recursos disponíveis, a hierarquização do sistema e a resolução da maior parte dos agravos no nível primário de atenção. Cognominado como Plano Diretor de Regionalização (PDR), o estado de Minas Gerais adota desde 2002, uma divisão territorial específica visando à melhor resposta sanitária a determinadas situações de saúde, contendo assim, 13 macrorregiões e 76 microrregiões.

3.2 Características da Macrorregião Norte

A Macrorregião Norte é composta por sete microrregiões de saúde. Essa macrorregião apresenta uma forte desigualdade social e baixa densidade demográfica de 11,9 Hab/km². As distâncias entre municípios são superiores a 500 km e há extensas áreas rurais com concentração populacional alta, comparada às outras realidades no próprio estado de Minas Gerais. Montes Claros desempenha a função de município pólo macrorregional e 12 municípios são pólos microrregionais, sendo eles: Brasília de Minas, Bocaiúva, Taiobeiras, Janaúba, Salinas, Monte Azul, Coração de Jesus, Pirapora, São Francisco, Francisco Sá, e Manga.

Os municípios citados apresentam proximidade a entroncamentos rodoviários importantes, sendo o segundo entroncamento viário do estado, entretanto a maioria das estradas ainda encontra-se sem asfaltamento o que gera dificuldades. Dado as longas distâncias, o deslocamento intermunicipal provoca importante grau de complexidade no componente logístico do serviço.

3.2.1 Situação de Saúde

De acordo com o estudo de Carga Global de Doenças (Murray e Lopez, 1996), as condições de doenças foram agregadas em três grandes grupos de eventos: Grupo I - Doenças Infecciosas e Parasitárias, causas maternas e perinatais e deficiências nutricionais; Grupo II - Doenças Não Transmissíveis; Grupo III - Causas externas de lesões e ferimentos. Estes, por sua vez, foram subdivididos em 21 categorias mais amplas, e, por conseguinte, desagregadas em mais de 116 eventos específicos.

Para essa região foram perdidos 149.717 anos de vida devido à morte prematura, sendo que 59,0% foram decorrentes das mortes ocorridas no sexo masculino, quando comparado ao feminino ($P < 0,001$). Os anos de vida perdidos pela macrorregião correspondem a 8,7% de todos os anos de vida perdidos no estado de MG. Com exceção das faixas etárias de 1 a 4 anos e 80 anos de mais, em todas as demais observa-se que os homens morrem mais precocemente que as mulheres ($P < 0,001$).

Em relação aos grandes grupos de eventos, nota-se uma redução dos eventos do grupo I à medida que a idade avança, o comportamento oposto pode ser observado nos eventos relacionados ao grupo II. Não se observa grandes diferenças entre os sexos nas faixas etárias analisadas para os eventos do grupo I e II. Para os eventos do grupo III, observa-se que há uma concentração desses eventos em pessoas mais jovens, especificamente em idade economicamente produtiva. Referente aos eventos do grupo III observa-se que, em ambos os sexos, há uma concentração dos anos perdidos na faixa etária entre 15 e 59 anos.

Nos resultados expostos observou-se a necessidade de formulação de macro políticas que visem à redução das doenças e agravos não transmissíveis, uma vez que são responsáveis por grande dos anos de vida perdidos devido à morte prematura na macrorregião Norte.

Estudos realizados no estado de Minas Gerais podem contribuir efetivamente na definição de prioridades nos serviços de saúde, por meio da redefinição das áreas de prestação de serviços, do estabelecimento de parâmetros para a programação em saúde, além do mapeamento das necessidades de saúde nos diferentes níveis de assistência e, por fim, na realocação de recursos financeiros.

A crise contemporânea dos sistemas de saúde caracteriza-se pela organização da atenção em sistemas fragmentados voltados para a atenção às condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas, e pela estrutura hierárquica e sem comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção. Visto que, atualmente, a transição demográfica e epidemiológica resultante do envelhecimento e do aumento da expectativa de vida, há um crescente incremento relativo das condições crônicas.

Assim, ações do governo de Minas no âmbito da saúde se distribuem em várias Áreas de Resultado, cujos objetivos estratégicos, cada qual com suas respectivas metas de curto, médio e longo prazo, objetivam desenvolver a melhoria da qualidade dos hospitais de Minas Gerais.

4. EXPERIÊNCIA EXITOSA – IMPLANTAÇÃO DE LEITOS DE UTI NA MACRORREGIONAL NORTE.

Neste estudo, nos deteremos ao projeto de implantação de UTI nos hospitais selecionados das regiões de Taiobeiras, Pirapora, Brasília de Minas e Janaúba.

A organização das UTI tem se tornado um desafio para os gestores públicos da saúde. Há em todos os países aumento constante na demanda por serviços de UTI e conseqüente pressão sobre as estruturas hospitalares e profissionais que atuam diretamente nestes serviços. As UTI s também podem ser consideradas como a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de serviços de saúde.

Existe consenso de que sempre haverá uma demanda por serviços maior que a necessidade, e que, o aumento da oferta sempre acarretará em aumento da demanda, criando-se assim um sistema de difícil equilíbrio.

Além disto, a sociedade moderna, cuja demografia sofreu alterações consideráveis, como também as mudanças no perfil de consumo, no acesso à informação e no constante deslocamento populacional, alteraram o fluxo de procura dos serviços de saúde, exigindo nova organização do processo econômico e do perfil de resposta. A solução de gestão tem sido a racionalização da oferta associada a estratégias regulatórias.

A imensa prevalência das condições crônicas e a vigência de tripla carga de doenças nessa região têm implicado a nós, gestores e profissionais de saúde, a necessária da reengenharia na organização e no modo de atuar dos sistemas de saúde.

As estratégias de enfrentamento destes problemas nos põem condizente na implementação das políticas adotadas na SES/MG, ou seja, no estabelecimento de redes de serviços de saúde com todos os seus componentes.

Há uma grande tendência no SUS de regionalizar os serviços visando às premissas da escala e racionalização e associando o desenvolvimento de processos de gestão da clínica. Neste modelo que utilizamos é fundamental visarmos primordialmente a atenção primária diferenciada que irá estruturar as redes integradas de serviços de saúde.

Em estudos realizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, entre 2004-2006, evidenciou que no sexo masculino as primeiras quatro causas de mortalidade (doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, violências e acidentes de trânsito) estão relacionadas àquelas condições em que a resposta do sistema de saúde no evento agudo tem importante dependência de organizações maduras de Urgência e Emergência. Além disso, evidenciou que causas externas e doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 46% dos anos de vida perdidos. O cenário epidemiológico, portanto, justifica fortemente a prioridade do estado de Minas Gerais, na organização de Redes de Atenção de Urgência e Emergência.

A evolução dos credenciamentos de leitos de UTI no município de Montes Claros teve início em 2001, no qual 20 leitos novos leitos inauguraram o serviço de terapia intensiva no município, seguidos pelo credenciamento de mais 08 leitos em 2006, 10 leitos em 2007, 10 leitos em 2008 e 04 leitos em 2009, somando um total de 52 leitos de UTI adulto, totalmente equipados para atender a população do SUS.

Visando a crescente ampliação do serviço na Macrorregião Norte, e com o objetivo de descentralizar o serviço de atendimento em terapia intensiva, MG investiu e incentivou a construção e equipagem de leitos de UTI na Macrorregião, somando um total de 40 novos leitos distribuídos entre: Taiobeiras, Pirapora, Brasília de Minas e Janaúba, sendo 10 leitos em cada um destes municípios.

5 RESULTADOS ALCANÇADOS

O parque de leitos de UTI foi ampliado nos municípios de Brasília de Minas, Pirapora, Taiobeiras e Janaúba, em um total de 40 novos leitos, sendo 10 leitos em cada município citado anteriormente. No município de Janaúba, os leitos ainda não entraram em funcionamento. Foram criadas câmaras técnicas de trauma, cardiologia e AVC e um núcleo de educação permanente implantado no SAMU. Abaixo mencionaremos os resultados nas Microrregionais estudadas.

5.1 Microrregião Pirapora - Fundação Dr. Moisés Magalhães Freire

Em 2008 foi reinaugurada a Fundação Cr. Moises Magalhães Freire, a qual recebeu o credenciamento de leitos de UTI, acabando com as filas de espera para cirurgias eletivas, um dos pontos mais críticos do SUS. Desde a sua reinauguração já foram realizados mais de 100 mil atendimentos.

A Fundação foi a primeira, além de Montes Claros, a dispor de leitos de UTI adulto no Norte de Minas, com a publicação de Portaria e liberação de verba pelo Ministério da Saúde para o credenciamento de 10 leitos em Dezembro de 2009.

O investimento do Governo de Minas, de aproximadamente R\$ 2 milhões, em Pirapora, beneficiou diretamente os moradores da microrregião de Pirapora, e conseqüentemente todos os 86 municípios do Norte de Minas.

A UTI foi inaugurada em 25 de novembro de 2009 com capacidade de dez leitos para terapia intensiva adulto e capacidade resolutive para casos de diversas complexidades, além de promover abrangência para toda Macro Norte e outras macros. Esses leitos proporcionam uma melhora no atendimento aos pacientes SUS.

A equipe da Unidade de Terapia Intensiva é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, secretária e funcionários da limpeza. As comissões que compõem a UTI são: a Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Comissão de Nutrição (NUTRIFEM); a Comissão de Curativos e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

A ocupação dos leitos de UTI desta Fundação é formada por 58,8% por pessoa do sexo masculino e 41,2% por pessoas do sexo feminino, isso demonstra que o sexo masculino está 18% a mais do que sexo feminino utilizando os leitos de UTI, que poderemos comparar com os dados percentuais de morbidade da Macrorregional Norte já mencionados anteriormente.

A Fundação pesquisou a procedência dos pacientes que eram atendidos na UTI e constatou que em primeiro lugar a demanda vem do Pronto Socorro, seguido das Internações, do Bloco Cirúrgico, do SUS Fácil e, por último, de outros hospitais.

Na mesma pesquisa a Fundação constatou também, que os agravos que motivaram as internações são predominantemente, os Acidentes Vasculares, as infecções respiratórias, as doenças do aparelho digestivo, os problemas neurológicos conjugados com acidentes vasculares encefálicos e os pós-operatórios, as infecções, os traumas e as intoxicações.

A incidência da ocupação de leitos de UTI é de 56,5%, maior do que a incidência de transferências (16,4%) e de óbitos (27,1%). A meta da Fundação é que esses valores caiam cada vez mais.

Constatou-se que a média de idade da população que ocupa os leitos de UTI é de 59,4 anos, sendo que a média da população que vai a óbito é mais idosa (67,0 anos).

A relação profissional, realizada na Fundação, é fraterna entre paciente e equipe de saúde. Dessa maneira a correlação entre os mesmos é primordial para o tratamento, levando-se em conta a presença de uma equipe profissional unida, comprometida e capacitada, o que proporciona aos seus pacientes uma melhor recuperação, e assim o alcance cada vez mais uma vida saudável.

5.2 Microrregiões de Brasília de Minas, Taiobeiras e Janaúba

No ano de 2009 e 2010 foram credenciados 30 novos leitos de UTI disponíveis na Rede de Urgência do Norte de Minas, sendo 10 leitos em Brasília de Minas (2009), 10 leitos em Taiobeiras (2010) e outros 10 em Janaúba com previsão de funcionamento para 2011. Capacitados mais de 2.500 profissionais desde a sua implantação. O Complexo Regulador e o SAMU regionalizado são pioneiros no Brasil e estão no nível de países do primeiro mundo. O salto de qualidade no atendimento e a evolução da capacidade técnica são visíveis.

5.3 Microrregiões de Pirapora, Brasília de Minas, Taiobeiras e Janaúba - Investimento de Recursos Financeiros

Os investimentos de recursos financeiros aplicados nesses municípios da Macrorregião Norte, têm o total geral até Dezembro de 2010 mais de R\$ 65 Milhões divididos entre Investimentos e custeio.

5.4 Estruturação da Rede UeE na Macrorregião Norte

A estruturação da Rede de UeE na Macrorregião Norte no que diz respeito a leitos de UTI é fruto de forte vontade política, capacidade técnica e operacional. Tem como objetivo descentralizar o atendimento. O cidadão deve ser atendido pela pessoa certa, no tempo certo e no lugar certo. Essa experiência êxito é pioneira e, nos próximos anos, vai apresentar indicadores de redução da mortalidade muito importantes.

A Rede de UeE nessa Macrorregião busca qualificar o atendimento de urgência em toda a região.

A Macrorregião Norte de Minas foi à primeira contar com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Regional. Todos os 86 municípios integrantes da Macro Norte passam a contar com o serviço e, para colocá-lo em prática, tem à disposição 40 ambulâncias básicas, 07 avançadas e um helicóptero em parceria com a Polícia Militar de MG. Para tanto, foram investidos cerca de R\$ 50 milhões.

Nos seis primeiros meses, o SAMU recebeu cerca de 21.839 chamados, por meio do Fone: 192. Atualmente são cerca de 250 ligações por dia, que geram cerca de 100 saídas de ambulâncias para atendimento de emergência e também para realização de transporte interhospitalar de pacientes graves de uma unidade de menor complexidade para outra de maior complexidade.

O Complexo Regulador e o SAMU regionalizado são pioneiros no Brasil e estão no nível de países do primeiro mundo. O salto de qualidade no atendimento e a evolução da capacidade técnica são visíveis, o que traduz na redução da mortalidade e das causas mal definidas de óbitos conseqüentemente a ampliação do acesso da população ao serviço de saúde.

O Complexo Regulador da Macrorregião Norte conta com quase 600 funcionários, sendo 70 médicos reguladores e intervencionistas, 31 enfermeiros, 210 Técnicos de enfermagem, 215 condutores/socorristas, 30 administrativos e 08 rádio-operadores, distribuídos nas bases da região. No Complexo funcionam a Central de Urgência e Emergência do SAMU Regional e a Central de Regulação Assistencial.

6. Conclusões

É com satisfação que mencionamos o depoimento do médico suíço, Dr. Gian Gessam Meger, em visita a Macrorregião Norte em 2009, que já participou de mais de 30 missões pelo mundo com a Cruz Vermelha Internacional e com Organização Mundial de Saúde. O mesmo ficou surpreso com a estrutura montada no Norte de Minas: *“a estrutura física está no mesmo nível dos países europeus. É importante também que os profissionais sejam capacitados constantemente, as evoluções da medicina são muito rápidas e os profissionais devem sempre estar atualizados”*, afirmou.

Avançar cada vez no aperfeiçoamento do Planejamento Estratégico nesse estudo foi o nosso grande aprendizado utilizando o caminho da ordenação de prioridades, a adoção das correções e aperfeiçoamentos no momento certo. Assim constatamos mais uma vez que planejar é preciso. Esse foco nos conduziu em nossa missão de SALVAR VIDAS e amenizar o sofrimento das pessoas proporcionando VIDA SAUDÁVEL para toda população atendida nas Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais da Rede UeE.

Unidos nesse propósito, em conjunto com as demais Secretarias de Estado de Minas Gerais, poderemos melhorar cada vez mais os Indicadores dessa Região Norte nas áreas de Saúde, Social, Segurança, Educação, Saneamento Básico, dentre outras. Assim conseguiremos trabalhar para aliviar as condições em todas as instâncias desse povo tão carente e imbuídos dessa visão, poderemos trabalhar em prol dessa população proporcionando melhores condições de vida.

Neste contexto estamos gratos aos prefeitos, gestores, profissionais, e sua população dessa região por nos facilitar para sermos protagonistas dessa experiência exitosa que ora apresentamos.

Parabenizamos esse povo pelo orgulho de sua terra, perseverança, alegria, e acreditar que é possível ter serviços de qualidade em saúde apesar de indicadores desfavoráveis, que a iniquidade não é por si só uma incapacidade.

Referências

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Censo Demográfico de Montes Claros, Minas Gerais. 1950-2000. Demo gráfico: Minas Gerais*. Rio de Janeiro: IBGE; 1980-1991 e 2000. Acesso em: agosto de 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. SES/MG. *Coordenadoria Unidade de Terapia Intensiva – UTI*, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2010.

Murray & Lopez. The Global Burden of Disease concept, 1996.

Qualidade e Segurança

P_56_2011 - Qualidade de Vida No Trabalho – Sentido do Trabalho - Humanização nas Organizações

Nágela Patrícia Amaral Rocha, Osvaldo Kurschus de Oliveira, Telma Braga Orsini, Renata Melgaço Gonçalves, Carlos Alberto Gonçalves, Heloisa Azevedo Drumond, Elaine Pontes, Dayenne Cristina Martins Valente, Marcia Mascarenhas Alemão, Marcio Augusto Gonçalves

Resumo: O Século XXI oferece azos únicos para a promoção da saúde do trabalhador. Vivemos numa sociedade em mudanças e num momento excitante para as organizações. A sociedade percebe que a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a Saúde são ativos importantes, envolvendo dimensões física, intelectual, emocional, profissional, espiritual e social. As melhores empresas que se destacaram nos últimos anos transformaram o ambiente de trabalho, a saúde emocional e física em vantagem competitiva, tendo plena convicção estratégica de que quanto mais eliciar satisfação, mais retornos terão em produtividade, criando assim a visão de uma organização mais privilegiada, competitiva e equilibrada.

Palavras Chave: Qualidade de vida no trabalho (QVT). Saúde do trabalhador. Produtividade.

INTRODUÇÃO

Considerando a citação de Peter Drucker: “Todas as inovações eficazes são surpreendentemente simples. Na verdade, maior elogio que uma inovação pode receber é haver quem diga. Por que não pensei nisso antes? Dos conceitos de empreendedorismo e empreendedor (FILION, 1991): Empreendedorismo é fazer algo novo, diferente, mudar de situação atual e buscar, de forma incessante, novas oportunidades de negócio, tendo como focos a inovação e a criação de valor e, Empreendedor é uma pessoa criativa, caracterizada pela capacidade de estabelecer e alcançar objetivos. Precisa estar constantemente informada a fim de detectar novas oportunidades e, a medida que continua se informando e tomando um conjunto de decisões moderadamente arriscadas, estará desempenhando um papel inovador.

Atrelando esse conhecimento com o Ciclo de Gestão Com Pessoas - CHA: Conhecimento, Habilidade e Atitudes, este estudo deseja provocar reflexões referente o comportamento dos Gestores e as pessoas que eles coordenam nos seus trabalhos rotineiramente e QVT no ambiente em que trabalha e sua repercussão na saúde do trabalhador e conseqüentemente seu desempenho ocasionando interferência na produtividade da organização. Percebemos que as pessoas se comprometem no seu trabalho quando; tem clareza do que é esperado delas; acreditam na idéia; consideram que faz sentido; têm consciência de que são capazes de fazer; se sentem úteis e importantes; as relações são saudáveis; têm poder sobre os meios para fazer acontecer e sentem que são reconhecidas.

Os programas de Saúde QVT objetivam facilitar mudanças no estilo de vida, combinando ações e campanhas para consciência, comportamento e envolvimento, que suportem suas práticas de saúde e previna doenças.

JUSTIFICATIVA

O trabalho é um tema já bastante estudado e comentado devido à importância que tem na vida das pessoas e no desenvolvimento das sociedades. É antes de tudo, uma atividade que tem um objetivo, que visa geralmente produzir alguma coisa de útil. O trabalho pode ser agradável ou desagradável e pode estar associado, ou não, a mudança da natureza econômica. Pode ainda, ser executado ou não no espaço de um emprego, definido pelo conjunto das atividades remuneradas, em um sistema economicamente organizado e marcado por relações de trocas institucionalizadas.

O Sentido do trabalho é resultante da coerência entre o que a pessoa busca e o que pertence no seu trabalho. A palavra “sentido” tem duas raízes. Do latim *sensus*, significa a capacidade de ter impressões, ver e julgar. Também significa a idéia ou imagem que representa um sinal, uma experiência. Já em sua raiz germânica, “*sumo*” significa a direção, a orientação dada a alguma coisa. Em psicologia, os sentidos referem-se essencialmente à experiência de coerência, coesão, equilíbrio e plenitude. Assim, os sentidos comportam três componentes: o significado, a orientação e a coerência.

Além de considerar tais componentes, o sentido que os indivíduos atribuem ao trabalho é influenciado por sua percepção em relação ao ambiente onde o trabalho é vivenciado. Ou seja, o trabalho faz sentido para as pessoas quando estas percebem correspondência entre sua identidade própria, seu trabalho e o contexto em que o realizam.

O trabalho é uma atividade pela qual a pessoa que se insere no mundo, exerce seus talentos, define-se, atualiza seu potencial e cria valor; dando-lhe, em retorno o sentimento do desempenho e eficácia pessoal. Como permite ao indivíduo produzir resultados originais, e essa produção tem uma utilidade, permite à pessoa prova sua existência, se reconhecer e ser reconhecida. Em razão da sua rotina e cotidiano, o trabalho é também um formidável meio de administrar a angústia do vazio. Basta ver a aflição das pessoas que, de um dia para outro, ficam desempregada, ou ainda aqueles que se aposentam antes do tempo.

O propósito de um programa de QVT nas Organizações é encorajar e apoiar hábitos e estilos de vida que promovam saúde e bem estar entre todos os funcionários e famílias durante toda a sua vida profissional. Só recentemente (de 20 anos para cá) temos levado em conta a importância da QVT na preservação e estimulação da saúde. No entanto, ainda em determinados contextos organizacionais, o trabalho é administrado de modo a produzir os resultados financeiros esperados, mas não necessariamente objetivando a razão de ser da organização, que torna legítimas suas atividades, e nem visando ao desenvolvimento das pessoas e da sociedade. Surgem, então, questões éticas importantes associadas aos sentidos do trabalho nas organizações.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), QVT é um conjunto de percepções individuais de vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vivem, e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações.

Para efeitos metodológicos dividimos a Saúde em Seis Dimensões: FÍSICA, EMOCIONAL, INTELLECTUAL, PROFISSIONAL, SOCIAL e ESPIRITUAL. Estas dimensões facilitam a consciência e o desenvolvimento da saúde integral, assim como a possibilidade de se ter uma visão sistêmica e seu posterior equilíbrio e expansão, pois sabemos que na vida sempre estamos buscando uma inter-relação harmoniosa dos vários aspectos e dimensões do ser humano.

Assim, nesses estudos verificamos que um programa de QVT existe para gerar estratégias com o intuito de promover um ambiente que estimule e dê suporte ao indivíduo e à empresa, conscientizando sobre como sua saúde está diretamente relacionada à sua qualidade e produtividade.

Não é suficiente ter em mente mudar relevantemente o estado de saúde dos profissionais, mas também encorajá-los a cuidarem e gerenciarem sua própria saúde, adquirindo um ganho substancial na sua satisfação e crescimento, assim como no aumento de produção e redução de custos para a empresa. Sendo os benefícios: melhoria da produtividade; empregados mais alertas e motivados; melhoria da imagem corporativa; menos absenteísmo; melhoria das relações humanas e industriais; baixas taxas de enfermidade; melhoria da moral da força de trabalho; redução em letargia e fadiga; redução de *turnover*.

MÉTODOS

Este trabalho baseou-se em várias pesquisas referentes à QVT, baseado num novo campo do conhecimento, que chamamos de “organização de trabalho”, ou em inglês, *job design*. De acordo com Ketchum e Trist, a organização do trabalho consiste em combinar as atividades e as condições em que elas devem ser executadas, segundo as características que lhes dão sentido. Nesses estudos, a organização do trabalho conduz ao estabelecimento das condições da QVT. Por definição, é um estado geral de bem-estar das pessoas em seu ambiente de trabalho. Nós a descreveremos, geralmente, com a ajuda dos indicadores: - os sentidos do trabalho; - engajamento organizacional ou o sentimento de pertencer à organização; - sentimento de dignidade; - realização no trabalho; - equilíbrio entre trabalho e vida privada.

Quando estudamos Isarsken, verificamos que os sentidos do trabalho são percebidos como um estado de satisfação produzido pela percepção da coerência entre a pessoa e o trabalho executado por ela. Esse pesquisador determinou oito características que contribuem para dar um sentido ao trabalho:

- Identificação com o trabalho e o ambiente de trabalho;
- Boas relações com os outros e interesse por seu bem-estar;
- Sentimento de utilidade e contribuição para um projeto importante;
- Sentimento de importância e benefício para o próximo;
- Aprendizado e prazer na realização do trabalho;
- Participação na melhoria da eficácia dos processos e das condições de trabalho;
- Sentimento de autonomia e de liberdade na realização do trabalho;
- Sentimento de responsabilidade e orgulho pelo trabalho realizado.

Nossos estudos estão sendo realizados desde 1993, temos acompanhados pesquisas realizadas em diferentes ambientes para determinar as características de um trabalho que tenha sentido. Podemos constatar cinco principais características: (1) a utilidade social do trabalho; (2) a retidão moral; (3) as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento; (4) a autonomia e; (5) qualidade das relações.

Nesse estudo nosso foco visa saber qual o perfil do gestor público em saúde e como ele desenvolve as suas competências na Gestão de Pessoas, ou melhor, Gestão Com Pessoas. E pesquisar se os itens de verificação - comportamentos esperados dos gestores públicos em saúde estão preocupados com a QVT.

Em seus estudos, Isaken observou ainda que pessoas que dão sentido ao trabalho suportam melhor o estresse. Esses estudos nos levaram a formular hipóteses quanto aos efeitos protetores para a saúde das pessoas, ou mesmo benefícios, de um trabalho com sentido.

Os fatores de sofrimento no trabalho são claramente descritos pelos estudos sobre estresse no trabalho. Geralmente, são eles: a carga e o ritmo de trabalho (rotativos, variáveis, imprevisíveis, noturnos, longos); o futuro do emprego (segurança); o reconhecimento e o apoio; a autonomia e o exercício das competências. Quando inadequados, os fatores podem gerar problemas de saúde, afetando a capacidade das pessoas trabalharem. Eles constituem, assim, o alvo da prevenção de doenças e de sofrimento psicológico no ambiente de trabalho.

RESULTADOS

May, Lau e Johnson examinaram 146 empresas americanas durante cinco anos e descobriram que as empresas com alta qualidade de vida no trabalho – QVT – tiveram melhores lucros e um crescimento mais forte do que as outras. Nessa perspectiva, as empresas com QVT têm tendência a atrair os empregados mais talentosos, melhorando sua competitividade e assegurando sua perenidade. Os autores concluem que a performance financeira só se sustenta no longo prazo se os dirigentes derem condições de boa qualidade de vida no trabalho para os empregados. Gard., Lindstroem e Daliner questionaram 640 profissionais do setor imobiliário e encontraram resultados semelhantes.

Nos estudos desenvolvidos pelo Centro de Pesquisa CRITEOS – a organização do trabalho é apresentada como determinante da saúde dos trabalhadores, de suas atitudes e desempenho. O impacto da organização do trabalho varia segundo os sentidos que os trabalhadores lhe atribuem. Se o indivíduo percebe positivamente seu trabalho (as atividades cotidianas, concretas), as condições nas quais ele o executa (condições de saúde e de segurança, ambiente físico, relações de trabalho, etc.) e as relações de trabalho (com seu superior, seus colegas, a clientela, etc.), ele poderá encontrar sentido no trabalho e, em consequência, sentir-se bem física e mentalmente. Ele terá a chegar pontualmente para trabalhar, engajar-se em atividades, mostrar-se vigilante no exercício de suas funções, cooperar com os outros para atingir os objetivos fixados e ter o rendimento esperado.

Nos estudos de CRITEOS, os pesquisadores examinaram duas faces da saúde mental: o bem estar e o sofrimento psicológico. Mais precisamente, levantaram-se a hipótese de que o sentido do trabalho tem um efeito positivo sobre o bem-estar psicológico e negativo sobre o sofrimento psicológico.

Os resultados obtidos nas pesquisas canadenses indicam que a utilidade social do trabalho e as possibilidades de desenvolvimento são dois fatores que têm uma influência importante nos sentidos do trabalho. Também indicam que o fator “retidão moral” tem uma influência determinante no estado de sofrimento psicológico. Finalmente, parece plausível que os sentidos do trabalho tenham um efeito mediador sobre o estado psicológico das pessoas, assim como sobre a natureza de seu engajamento em relação a seus contratantes.

Ao contrário, se percebe negativamente seu trabalho, tenderá a achá-lo sem sentido e apresentar sintomas de estresse, ou até de sofrimento. Para manter sua presença, seu engajamento e um nível de desempenho aceitável, ele deverá mobilizar estratégias defensivas. Logo que estas estratégias se esgotarem, os resultados podem se deteriorar: absenteísmo, alienação, falta de atenção, conflito, minimalismo.

De acordo com Nelson e Simmons, o sentido que os indivíduos dão ao trabalho e às relações que ele cria dependem também de vários fatores ou diferenças individuais como sexo, traços afetivos e estilo de atribuições. Em consequência, é preciso também controlar esses fatores para compreender as relações entre o trabalho, a saúde e os indicadores de desempenho individual.

Práticas inadequadas no ambiente de trabalho geram impacto negativo na saúde física e emocional dos trabalhadores e na saúde financeira das empresas. Baixa motivação falta de atenção, diminuição de produtividade e alta rotatividade criam uma energia perversa que repercute na família, na sociedade e no sistema médico. Felizmente, para algumas empresas inovadoras e conscientes, este cenário não faz parte de sua realidade atual.

Os fatores de prazer no trabalho são menos conhecidos e reconhecidos entre pesquisadores. Nossas investigações referentes às pesquisas realizadas sobre a QVT nos permitiram determinar vários deles: (1) as oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento; (2) a utilidade social do trabalho; (3) a retidão moral dos processos das práticas e dos resultados e; (4) a qualidade das relações (conexões positivas).

Nelson e Simmons (2003) apontam cinco conjuntos de fatores de estresse: (1) as exigências da função; (2) as exigências das relações; (3) as exigências psíquicas, (4) as políticas organizacionais e, (5) as condições de trabalho. Como o fenômeno do estresse é complexo, esses fatores podem gerar, ao mesmo tempo, o "eustresse" (estresse positivo) e "sofrimento" (estresse negativo). As consequências para o indivíduo são moderadas por diferenças individuais, como o caráter otimista da pessoa, seu sentimento de eficácia pessoal, seu estilo de atribuições (*locus of control*), a confiança em si mesmo e seu sentimento de coerência. O estado psicológico resultante tem efeitos sobre a saúde, o desempenho e a vida privada, com melhores resultados se a pessoa sentir prazer com seu trabalho. No caso de sofrimento, as pessoas mobilizam seus sistemas de defesa para compensar a aflição, a fim de manter, apesar de tudo, a performance no trabalho e a qualidade de vida.

Os programas de QVT canalizam seus esforços para alcançar os seguintes resultados:

- aumentar os níveis de SATISFAÇÃO E SAÚDE do colaborador/ consumidor/ comunidade. (Força de trabalho mais saudável).
- melhorar o CLIMA ORGANIZACIONAL (ambientes – relações – ações saudáveis).
- afetar benéficamente no processo de FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO humano, agregando competências (capacidade e atributos).
- influenciar na diminuição da PRESSÃO NO TRABALHO e do DISTRESSE individual e organizacional (MENOR ABSENTEÍSMO/ROTATIVIDADE; MENOR NÚMERO DE ACIDENTES).
- melhorar a capacidade de DESEMPENHO das atividades do dia-a-dia. (MAIOR PRODUTIVIDADE).

CONCLUSÕES

Atualmente o mundo está exigindo constantemente novas e complexas interações em termos de excelência em relação à produtividade e a qualidade dos serviços prestados, estamos tendo que invariavelmente nos adequar a estes estímulos, e nosso aprendizado e saúde são de alguma maneira afetada. Afina de contas, se sentir mal no tempo e no espaço não é mais privilégio de nenhum astronauta (Carmelo, 2001). O psiquiatra *Gustav Jung* dizia que se as coisas vão mal no mundo, algo deve estar mal comigo. Assim seria sensato, em primeiro lugar, ficar bem. Viver uma vida vibrante e feliz, na qual se utiliza o máximo que possui, com enorme prazer é um objetivo de vida. É o que dá qualidade à vida.

Sabemos que a performance financeira de uma Organização resulta de uma série de variáveis, dentre elas a qualidade do conselho de administração, as decisões tomadas pelos gestores, o contexto econômico e político, a competência das pessoas e da tecnologia, etc. No entanto, é possível levantar a hipótese de que as pessoas que trabalham num ambiente de qualidade apresentam menos problemas de saúde mental ou física, são geralmente assíduas no trabalho e engajadas no que fazem. São também encorajadas a assumir responsabilidades no exercício de sua função, a se aperfeiçoar por conta própria para melhor executar seu trabalho e a demonstrar criatividade quando enfrentam situações inusitadas, criando valor em tudo que fazem.

Algumas implicações para uma gestão do trabalho salutar nas organizações podem ser destacadas dos nossos trabalhos sobre a QVT. Com o objetivo de prevenir o surgimento de sintomas de sofrimento psicológico, os gestores deveriam enfatizar ações de: dar orientações claras a seu pessoal, assim como objetivos estimulantes e coerentes com a estratégia da organização; valorizar e reconhecer os resultados alcançados pelas pessoas; reconhecer a competência de seu pessoal; ajustar a carga de trabalho à capacidade e aos recursos de cada um; dar suporte concreto à equipe.

Alvitamos, neste contexto, avançar em estudos e pesquisas na Atenção Primária e os programas de QVT e suas consequências na saúde do trabalhador e o seu desempenho na organização com ênfase na realidade brasileira para efetivação de políticas públicas exequíveis.

Referências

O QUE É QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO? *Existe esta relação entre no desenho e no desempenho do processo de trabalho na organização.* Disponível em: < <http://www.webartigos.com/articles/45111/1/A>> Acesso em: jul/2010.

FATORES QUE INFLUENCIAM AS ORGANIZAÇÕES - *qualidade da produção e o desempenho em suas funções.* Disponível em: < http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_1 > - Acesso em: jun/2010

DESENVOLVIMENTO, ELEMENTOS QUE A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO. Disponível em: < <http://www.ead.fea.usp.br/tcc/trabalhos/arti> > - Acesso em: jul/2010.

QUALIDADE E PRODUTIVIDADE DA EMPRESA. Disponível em: < <http://www.ergonomia.ufpr.br/PB%2520qvt%2520> > - Acesso em: ago/2010.

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT) - Disponível em:

< <http://www.coladaweb.com/administracao/quali> > - Acesso em: jun/2010.

FDC- Fundação Dom Cabral - *Curso Qualificação dos Gestores Públicos do Governo Estadual* – Belo Horizonte – Minas Gerais. 2009.

Qualidade e Segurança

P_57_2011 - Saúde de qualidade para todos com enfoque da Jurisprudência

Oswaldo Kurschus de Oliveira, Nágela Patrícia Amaral Rocha, Telma Braga Orsini, Renata Melgaço Gonçalves, Carlos Alberto Gonçalves, Heloisa Azevedo Drumond, Elaine Pontes, Dayenne Cristina Martins Valente, Marcia Mascarenhas Alemao, Marcio Augusto Gonçalves

Resumo:Atualmente vivenciamos um fenômeno em nosso país que remonta aos tempos da aristocracia monárquica, e simultaneamente discutimos qual é o seu papel jurídico e a extensão de seu impacto em nossa sociedade. A este fenômeno denominamos de "Judicialização." Sendo assim esta pratica hoje tão comum em nosso país vem trazendo um enorme prejuízo à sociedade, tendo como contra partida o crescente enriquecimento da classe jurídica e monopólios devido aos inúmeros conflitos e interesse gerados diante das necessidades que se fazem presentes no momento atual. Como solução preventiva bastaria apenas se promover o acompanhamento das medidas legislativas associada a sua orientação.

Palavras chaves: Judicialização, Direito Social em Saúde, SUS, Constituição 1998,

INTRODUÇÃO

Partindo-se do princípio já cristalizado com relação ao enunciado de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, garantia constitucional evidente por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (Constituição de 1998), constatamos que milhares de pessoas estão cada vez mais recorrendo à Justiça quando necessitam de um medicamento ou procedimento que não conseguem adquirir no Sistema Único de Saúde - SUS.

Para entender e definir o que seja a Judicialização partimos do princípio que o vocábulo passou a ser utilizado rotineiramente para indicar um tipo de fenômeno relacionado ao surgimento e/ou crescimento de demandas judiciais quer seja individuais, coletivas e/ou difusas. Seu propósito é o de garantir e gerar direitos expressos por meio de leis nacionais incorporando direitos sociais como o que acontece com o direito à saúde, que até a alguns anos atrás não era motivo de discussão no âmbito judicial.

Mais recentemente, passamos a assistir a chamada judicialização da saúde, cujo início, para ser preciso, começou a acontecer a cerca de 20 anos em função dos medicamentos anti-retrovirais. Foi a partir deste momento que este hábito se consolidou e se fortaleceu principalmente nos cinco últimos anos, tornando-se atualmente grave situação problemática e tema acalorado de discussão.

Se levarmos em consideração as informações já prestadas pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – 2009 (SESDEC-RJ), a mesma nos informa que cerca de mil novos mandados são expedidos mensalmente referentes exclusivamente a pedidos de fornecimento de medicamentos.

Já com relação a Minas Gerais podemos dizer, conforme se pronunciou, no segundo semestre de 2009, o vice-presidente da Associação Mineira dos Municípios (AMM), Ângelo Roncalli, ao dizer que o fenômeno denominado de judicialização vem seriamente dificultando ainda mais a situação das prefeituras mineiras, que, além de serem atualmente responsáveis pela manutenção da atenção básica à saúde, passaram também a assumir os atendimentos de média e alta complexidade.

Também a desembargadora Vanessa Verdolin (2009), em Audiência Pública, em função desta situação elucidou que, conforme balanço efetuado relativo à atuação da nossa Justiça, ao longo dos últimos anos, pode-se comprovar a existência de dois fatos de extrema importância que envolvem diretamente a judicialização.

Segundo a desembargadora, inicialmente por desconhecimento por parte da população brasileira relativo aos seus direitos que envolve a saúde, poucos pedidos via mandados judiciais eram encaminhados à Justiça, que por sua vez apoiados em decisões judiciais obrigatoriamente eram atendidos mesmo quando não refletiam a realidade.

Já num segundo momento, estas ações judiciais começaram a aumentar e passaram a ser deferidas de forma integral e absoluta causando atualmente um grande acúmulo de processos a serem expedidos periodicamente. Em decorrência desta situação as ações contra o Estado se multiplicaram rapidamente isto apenas num espaço de seis anos.

Assim, judicialização em nosso país começa a promover um enorme prejuízo à sociedade brasileira e o enriquecimento proposital da classe jurídica em face de conflitos infundáveis que poderiam ser resolvidos de outra forma, porém o que se constata é que o monopólio relativo ao mercado de trabalho de juristas provoca de forma irreversível o empobrecimento da nossa sociedade em decorrência da ganância predominante, interesses comerciais principalmente pela falta de escrúpulo ora dominante, pois se sabe na íntegra que Fórum não produz riqueza, mas a indústria e comércio, principalmente quando voltados a medicamentos, sim.

JUSTIFICATIVA

Nesse sentido a “ Judicialização ” passou como função desempenhada pelos tribunais a ser dotada sob a ótica e dimensão política, Santos et ali (1996, p. 56-58) onde o mesmo se pronuncia a dizer que o Poder Judiciário nas sociedades contemporâneas contribui (ou deve contribuir) para a manutenção do sistema político e promover o controle social.

Isto porque, conforme refere LEAL (2007, p. 18), o modelo de Estado federado republicano que fora instituído, por ser marcado por caráter extremamente centralizador, radicalizou o princípio da separação dos Poderes, transformando o Executivo, o Legislativo e o Judiciário em espécies de ilhas incomunicáveis com a sociedade civil e dotados de feições, para usar a mesma expressão do autor, tecno-burocráticas. Todavia, na atualidade latino-americana, é possível que se esteja assistindo à quebra de um paradigma, visto que, após passar por governos populistas e grandes períodos de regimes autoritários e aparentemente consolidada a democracia na maioria dos países que compõem a presente análise, são percebidas significativas mudanças na relação entre *stakeholders* sociedade, Estado e Poder Judiciário.

Torna-se importante também levar em consideração como exemplo o fenômeno relacionado com o custo de medicamentos especialmente ligado às drogas oncológicas cuja polêmica tem gerado e promovido inúmeras discussões em todas as partes do mundo.

Desta maneira chegou-se recentemente conforme já se pronunciaram relevantes autoridades de saúde no país de que os recursos ora destinados ao cumprimento de decisões judiciais que os mesmos poderiam ser empregados na construção de novos hospitais classificados como sendo de porte médio absorvendo cada um deles aproximadamente 299 leitos com finalidade de promover atendimento aos casos menos graves, com isso beneficiando expressivamente um grande número de pessoas.

Outro agravante a ser destacada e que justifica esse trabalho é a que se refere ao reajuste de preços de medicamentos. Sobre este fato pode-se dizer que, devido a nossa produção industrial ser eminentemente dolarizada, a preocupação passou a se voltar em função dos resultados que passamos a colher na atualidade em virtude dos reflexos gerados pela recente crise americana cuja repercussão sob os componentes farmacêuticos causam preocupação e desconforto devido a inevitável necessidade de se aumentar os preços dos medicamentos.

Para tal fim, como proposta inicial como forma de resolver dificuldades torna-se prioridade começarmos a entender, disciplinar e padronizar procedimentos relacionados ao campo operacional através da criação de instrumentos voltados a promover a constante atualização de dados e informações principalmente sobre a existente demanda judicial individual, quem são seus promovedores, laboratórios e fornecedores que permita o fácil acesso e compartilhar da mesma junto aos demais setores envolvidos e responsáveis pela garantia do direito pleno a assistência farmacêutica em todos os seus aspectos e envolvimento.

Não há dúvida sobre a evolução do debate acadêmico brasileiro em torno da expansão do poder judicial. Contudo, estamos distantes de uma análise precisa do funcionamento desse poder no Brasil. Provavelmente, o fato de a democracia brasileira ser uma realidade recente tenha um grande peso, pois, como foi possível perceber, não há como se falar em política judiciária fora de regimes abertos. Contudo, tomando como base o STF podemos dizer que, apesar dos avanços, temos muito por fazer.

No caso do STF, o aprofundamento dos mecanismos causadores do processo de expansão e a maior diversidade em suas abordagens proporcionariam uma grande contribuição para o entendimento do processo de judicialização no Brasil.

Deverá também serem providas de linguagem fácil capaz de promover novos estímulos para que haja o concretizar de ações inovadoras totalmente absorvidas e entendidas por todos os agentes detentores de formações específicas relacionadas aos diversos campos e conhecimentos ora existentes relacionados à saúde.

Portanto, é prioritária analisar, atualizar e sistematizar todas as informações que forem disponíveis como também se saber como se manifesta o fluxo dessas ações. Principalmente, relacionadas ao sistema de justiça e saúde objetivando concretizar novas propostas que envolvam pleno monitoramento e análise sistemática cujo âmbito deverá visar e favorecer o concretizar em nome do direito, avaliação, planejamento a curto e médio prazo de ações desenvolvidas pelo setor de saúde.

Assim se faz necessário a interface com o nosso sistema judicial composto em seu contexto pelo poder judiciário, ministérios públicos, defensorias públicas, procuradores dos estados, municípios e estados brasileiros voltados a promoverem a rápida redução de custos, prevenção de demandas que não condizem em seu conteúdo com a realidade assegurando, acima de tudo, a ampliação e melhoria de práticas coerentes focadas num novo cenário de saúde pertinente a assistência farmacêutica como um novo modelo a ser adotado e praticada em todo o nosso país.

OBJETIVO

Na atualidade podemos constatar que as demandas judiciais, principalmente aquelas movidas em relação saúde no Brasil, passaram a prejudicar sensivelmente o exercício da cidadania como também passaram a ser foco de abusos e corrupções.

Objetiva-se portanto, demonstrar a urgência de se repensar esse processo como forma de coibir o costumeiro predomínio do individualismo associado a uma cultura estimuladora de paternalismo exagerado, cuja principal razão é o de facilitar a concretização de fraudes envolvendo advogados, médicos e laboratórios, via se promover e forçar a efetivação de uma política concessiva de liminares e mandados favorecendo produtos novos e caros enquanto que alternativas simples e baratas poderiam ser aplicadas para o mesmo fim principalmente em relação à saúde.

MÉTODOS

Utilizou-se como método para desenvolver esse trabalho diversas pesquisas e estudos sobre o tema Judicialização em saúde ao mesmo tempo em que varias dados e informações foram capturados tendo como fonte de referência instituições serias e comprometidas com esse tema tanto em relação ao nosso estado como algumas outras existentes em nosso país que atualmente estão também preocupados com esta situação e analise desse tema.

RESULTADOS

Como resultados obtidos podemos enunciar que em primeiro lugar a maioria dos municípios passaram a gastar de 15% entre 2008 a 2009, do orçamento determinados para a saúde, chegando a atingirem o patamar que varia de 22% até 28%, sendo que a emenda à Constituição Federal nº 29 determina que haja a garantia mínima de 15% do orçamento para os municípios como forma de investimento em saúde, cabendo aos Estados a cota mínima de 12% para os Estados como obrigação também de investimento na área de saúde. Infelizmente esta emenda que deveria estar regulamentada desde 2005 não ocorreu, o que facilitou o abrir de brechas a interpretações com relação ao que se poderia ou não ser considerado como investimento em saúde. Enfim, os Municípios são e continuarão a serem os mais penalizados com esta obrigação, ora já quase fora de controle.

Declarou-se que atualmente no Brasil conforme dados apurados junto a Comissão de Saúde da ALMG em maio de 2009, que existem atualmente cerca de 60 milhões de processos na Justiça, sendo que muitos deles poderiam ser resolvidos administrativamente.

Concluiu-se ainda que o acesso a tratamentos considerados de ponta ainda continua a ser privilégio daqueles que podem pagar pelos mesmos. E mais ainda disse que infelizmente muitos hospitais que eram conveniados decididamente desistiram de receber a "irrisória" quantia de R\$ 2,50 por uma consulta ou R\$ 1,80 por um exame porque não vale a pena para atender os menos favorecidos, ou melhor, os considerados mais pobres em decorrência do alto custo que os serviços médicos hospitalares passaram a incorporar e ter significativa expressão na atualidade.

Para se ter uma idéia desta situação demonstramos como exemplo dado pelo banco eletrônico de dados denominado Sistema de Pesquisa em Direito Sanitário (SPDISA) desenvolvido pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP – MG. SPDISA), que por sua vez tinha em seu poder, entre o período de 2000 à 2007, cerca de 4.215 decisões publicadas no sítio oficial do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG).

Já de acordo com informações prestadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES-MG, referente ao ano de 2007, cerca de 30% do seu orçamento foi destinado a promover o custeio de medicamentos em nosso estado objetivando promover o cumprimento de decisões relativas a mandados judiciais.

Portanto, conforme já se pronunciou Geraldo Adão Santos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS/COBAP) torna-se prioridade que o SUS consiga avançar reformulando sua estrutura com o objetivo de evitar que ações judiciais não venham a favorecer indivíduos em detrimento da coletividade, enquanto que o representante do Conselho Estadual de Saúde, destacou a importância quando a se promover o controle social do SUS, por meio de mobilização da nossa sociedade ao mesmo tempo buscando alertá-la e conscientizá-la a respeito deste problema e para que a mesma possa estar atenta aos interesses das indústrias farmacêuticas buscando viabilizar mecanismos que possam obstruir e eliminar toda e qualquer maneira de manipulação em proveito próprio.

Outro fato relevante sobre judicialização foram os dados divulgados pela SES/MG na Audiência Pública de Saúde (2009) referente a elevação das despesas efetuadas pelo Estado com relação a este item que segundo esta instituição aconteceu a seguinte alteração: de R\$ 164 mil em 2002 passou para cerca de R\$ 43 milhões em 2008, correspondendo a um acréscimo de 262 vezes o valor apurado em 2002 somente para atender ações judiciais relacionadas à saúde. O que se pode apurar através de estudos e levantamento de dados é que somente em 2008 a indústria farmacêutica no Brasil faturou quase R\$ 30 bilhões de reais, investindo desse montante financeiro uma quantia significativa em publicidade do que propriamente em pesquisas.

E mais, apurou-se que nos três últimos anos o aumento de custos referente a judicialização atingiu o marco de quase 2.000%, sendo que em relação a estes valores os gastos efetuados pelos estados não foram agregados.

Já em 2007 o estado de São Paulo desembolsou cerca de R\$ 25 milhões em media por mês somente para atender demandas judiciais acarretando no período quase que R\$ 300 milhões de reais. No Rio Grande do Sul o desembolso girou em torno mensal de aproximadamente R\$ 6,5 milhões.

Em Minas Gerais a média mensal foi de aproximadamente em media de 3,33 milhões acarretando um total de aproximadamente R\$ 40 milhões.

Segundo informações ainda do MS cerca de 60% dos pacientes providos de mandados judiciais impetrados contra os estados poderiam perfeitamente serem atendidos e tratados com medicação similares já disponibilizadas pelo SUS enquanto que 40% se referem a fornecimento de medicamentos de ultima geração, onde muitos deles ainda não foram aprovados pela ANVISA.

Já segundo fontes do governo, cerca de 60% dos pacientes que entram com processos judiciais referentes à solicitação de fornecimento de medicamentos contra os estados na poderiam se beneficiar e terem continuidade a seus tratamentos com extrema facilidade por meio de medicação similar atualmente existente e disponibilizados pelo SUS.

Como se sabe em relação à atual globalização da economia, 80% dos componentes atualmente empregados pela indústria farmacêutica são importados, ou melhor, dolarizados, pois os fornecedores são as multinacionais atualmente com restrições de credito no exterior fator esse causador de impacto realmente bastante significativo e considerável.

Porém o excesso referente às demandas judiciais prejudica substancialmente o exercício da cidadania favorecendo o predomínio do individualismo aliada a uma cultura considerada como sendo estimuladora ao paternalismo exagerado, além de facilitar a possibilidade de se concretizar fraudes envolvendo advogados, médicos e laboratórios com vistas a forçar a efetivação de uma política concessiva de liminares e mandados favorecendo produtos novos e caros enquanto se pode ter alternativas simples e baratas que podem ser aplicadas par o mesmo fim principalmente em relação à saúde.

O propósito também deveria ser calçado na condição de se facilitar a elaboração de novas políticas públicas de maneira a viabilizar também a ampliação de acesso fácil a medicamentos porem de forma a garantir e resguardar a gestão pública sob todos os aspectos.

CONCLUSÕES

Atualmente existe uma "indústria" da judicialização que vem onerando constantemente os cofres públicos por meio da produção maciça de casos considerados absurdos, cujas ações envolvem não só donos de empresas como também gerentes de bancos, que poderiam com certeza arcarem com o tratamento criando assim uma situação de desconforto a aqueles que visam praticar saúde coerente em nosso país.

No Brasil, existem direitos políticos formalmente reconhecidos pela Constituição; contudo, a história do Brasil está repleta de desrespeitos à lei. Nos primeiros anos da República Velha era possível constatar vários exemplos de desrespeito aos direitos políticos encabeçados pelo próprio poder Executivo. Portanto, muitas vezes a existência

de direitos formalmente estabelecidos não significa sua aplicação pelas autoridades competentes. Entretanto, desde a reforma constitucional de 1988, pode-se detectar um nível aceitável de obediência à lei por parte da alta hierarquia governamental, pelo menos no que diz respeito aos direitos individuais.

Diante desta situação torna-se prioridade promover com a máxima urgência um amplo debate sobre este assunto, por sinal uma questão bastante delicada e extremamente abstrusa.

Já em relação a Audiência Pública – Debate: Processos judiciais realizada na Assembléia Legislativa de Minas Gerais¹ (ALMG) no dia 15 de maio de 2009, chegou-se a conclusão de que a judicialização ora praticada em nosso país com certeza haverá de consolidar inúmeros problemas para a nossa população, pois isto já vem ocorrendo há muito tempo devido ao fato de se promover indiscriminadamente oferta fácil, sem se levar em conta a importância custos, quando se trata de medicamentos considerados excepcionais, de alto custo, prescritos pela classe médica mesmo quando não estando liberados pela Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Assistimos atualmente a judicialização ora executada no estado brasileiro como sendo um fenômeno absurdo que ao ser colocado diante do contexto mundial atual torna-se inconcebível, pois uma nação não pode ser consumida ou representada por infundáveis situações de litígios.

Mesmo apesar do quadro nos parecer desfavorável, podemos considerar que a participação do judiciário é extremamente positiva, uma vez que tem a propriedade de reduzir as violações de direito do cidadão quando praticada pelo Estado.

Diante dos fatos e dados apresentados pode-se concluir que a judicialização da forma como vem sendo praticada e se desenvolvendo em nosso país necessita ser o mais rapidamente possível revista em todo o seu contexto, pois não podemos mais perder tempo apenas gerindo conflitos e interesses diversificados em vez de se pensar em criar mecanismos que possam gerar trabalho produtivo e rentável a favor de toda a nossa sociedade.

Referências

- ACKERMAN, B. 1991. *We The People: Foundations*. Cambridge, Mass.: Harvard University.
- ALMEIDA, Maria Hermínia T. (1996), "Pragmatismo por Necessidade: Os Rumos da Reforma Econômica no Brasil". *Dados*, vol. 39, nº 2, pp. 213-234.
- ARANTES, R. B. & KERCHER, F. 1999. *Judiciário e democracia no Brasil*. Novos Estudos.
- ARANTES, R. B. 1997. *Judiciário e política no Brasil*. São Paulo : Sumaré.
- ARAÚJO, A. 1997. *O Tribunal Constitucional (1989-1996)*. Coimbra : Coimbra.
- BAUM, L. 1997. *The Puzzle of Judicial Behaviour*. Ann Arbor : University of Michigan.
- BONAVIDES, P. 1994. *Curso de Direito Constitucional*. São Paulo: Malheiros.
- CAMPILONGO, C. F. 1994. *O Judiciário e a democracia no Brasil*. *Revista USP*, São Paulo, n. 21, p. 116-125.
- CAPPELLETTI, Mauro. (1993), *Juizes Legisladores?* Porto Alegre, Sérgio Antônio Fabris Editor.
- CEBRAP, São Paulo, n. 54, p. 11-26, jul.
- OLIVEIRA, Vanessa e CARVALHO, Ernani. (2002), *A Judicialização da Política: Um Tema em Aberto*. Trabalho apresentado no XXVI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais – ANPOCS, Caxambu, MG.
- VALLINDER, Torbjorn. (1995), "When the Courts Go Marching in", in N. Tate e T. Vallinder (eds.), *The Global Expansion of Judicial Power* New York, New York University Press.
- VIEIRA, Oscar Vilhena. (2002), *O Supremo Tribunal Federal: Jurisprudência Política*. São Paulo, Malheiros Editores.
- WERNECK VIANNA, Luiz et alii. (1999), *A Judicialização da Política e das Relações Sociais no Brasil*. Rio de Janeiro, Revan.

¹ <http://www.jusbrasil.com.br/.../comissao-discute-como-coibir-judicializacao-abusiva-da-saude>

Avaliação De Tecnologia

P_58_2011 - O Uso do Conceito Wiki na Área De Saúde

Renata Rodrigues Daher Paulo

Resumo: A área da saúde pública, pelas suas especificidades, apresenta grandes desafios em termos de gestão e, em se tratando das estratégias de comunicação baseadas em recursos de tecnologia da informação, a situação não se mostra diferente. Entretanto, as opções de recursos e ferramentas tecnológicos têm crescido em número, relevância e facilidade de aplicação e uso. Esse artigo discute, a partir de uma revisão bibliográfica, os benefícios e limites uso do conceito wiki para promover a doação de órgãos no país. Sugere-se a realização de pesquisas empíricas para obter informações mais acuradas sobre as vantagens da aplicação do wiki.

Palavras-chave: wiki, tecnologia da informação, comunicação, saúde pública.

1. Introdução

Considerando a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de aproximadamente 120 milhões de jovens e adultos no Brasil (IBGE, 2010), há uma grande potencialidade de diminuir a espera por tratamento apenas incentivando o aumento do número de doações de órgãos, por meio da utilização de estratégias de comunicação adequadas para informar e sensibilizar a população. Considerando ainda, que 67,9 milhões de brasileiros têm contato freqüente com a internet em pelo menos um lugar (em sua residência, trabalho, escola, lan houses, bibliotecas, etc.), segundo dados do IBGE, 2010, as ferramentas digitais tornam-se uma alternativa bastante viável como base dessas estratégias de comunicação.

As estratégias de comunicação baseadas em ferramentas e mídias digitais têm sido amplamente utilizadas pelos inúmeros benefícios que apresentam, como, baixo custo de produção e veiculação (quando comparada a outras mídias mais tradicionais), flexibilidade, abrangência, entre outros. Importante observar a relevância das redes sociais, blogs, bate-papos, fóruns, wikis e outras ferramentas eletrônicas de relacionamento e colaboração neste cenário. De acordo com Pavarin (2010), as chamadas 'comunidades' alcançam hoje 86,3% da população com acesso a internet (dados do Ibope). O autor destaca que 31,7 milhões de brasileiros navegaram por sites do gênero, em fevereiro deste ano.

Nesse contexto, abre-se espaço para a construção colaborativa de conhecimento e para o uso das 'comunidades' digitais, especificamente do conceito wiki, no sentido de despertar a atenção e o interesse das pessoas para a doação de órgãos, promover essas novas idéias e incentivar a adoção de novos comportamentos. Assim, o objetivo desse estudo é identificar, a partir da literatura da área, os potenciais benefícios e limites do uso do conceito wiki no incentivo à doação de órgãos no Brasil.

Para elaborar este artigo, foi realizada uma revisão bibliográfica em livros, artigos, dissertações e teses relacionadas aos assuntos aqui abordados, caracterizando uma coleta de informações em dados secundários.

2. A comunicação na área da saúde e o uso de tecnologia da informação

A despeito das facilidades comunicacionais oferecidas pelas mídias eletrônicas, transmitir informação adequadamente continua sendo um desafio e "transmitir a informação é algo vital para a gestão da saúde" (PORTO; PONTE, 2003, p. 735), da mesma forma que a compreensão da informação transmitida. O entendimento de determinada mensagem pelos vários públicos a quem esta se destina é o que garantirá o alcance dos resultados desejados. Porto; Ponte (2003) afirmam que, na busca de tais resultados, o Ministério da Saúde e diversos outros órgãos governamentais e não governamentais ligados à essa área, têm utilizado meios cada vez mais sofisticados de

comunicação para a criação, produção e veiculação da informação, entre eles os meios digitais. Esses aspectos apresentam-se como importantes direcionadores organizacionais, interferindo nas escolhas das ferramentas e processos de TI utilizados para a disseminação de informação nas campanhas de saúde pública.

A complexidade característica à informação resulta, primordialmente, das questões de cunho subjetivo ligadas ao entendimento que cada indivíduo tem do ambiente que o cerca. Em função disso, “a informação em si mesma pode ser percebida como algo que não precisa ser necessariamente concreto e manipulável”, podendo ser comparada a elementos contidos nas conversas entre familiares e amigos, em palestras, em músicas, nas páginas de livros e revistas, na internet, ou a quase tudo o que possa ser qualificado como meio de transmissão de um significado (PINHEIRO, 2009, p. 67).

A transmissão de significados, quando se trata da saúde humana, representa um duplo desafio, pois se soma à subjetividade da informação, a complexidade inerente à área de saúde, que, por sua vez, carrega consigo questões limítrofes do ser humano (PORTO, PONTE, 2003). Por isso, as estratégias de comunicação utilizadas para a promoção da saúde são especialmente delicadas, já que estarão em debate questões como cidadania, miséria e riqueza, moral e ética, higiene, entre outras. Devido a estes fatores, as características individuais devem determinar as escolhas e decisões de uso de TI, de forma direta e intensa. Afinal, o indivíduo é o fim em si das campanhas de comunicação em saúde pública, e todas as decisões devem ocorrer para aproximar esse indivíduo da informação que se pretende disseminar.

A revolução da informação, com suas tecnologias, estabelece um novo padrão de contribuições. Esta revolução está relacionada com as questões centrais da educação, na aquisição, organização e transmissão de informações, bem como na simulação de processos que representam o conhecimento e na utilização de instrumentos como correio eletrônico e trabalho em grupo, para mediar as relações entre... (ALBERTIN, 2010, p. 165).

...indivíduos e seus principais grupos de referência (família, amigos, colegas de escola e trabalho, entre outros) e dos indivíduos entre si.

Em termos de estratégia de comunicação, um dos meios que experimenta maior crescimento em todo o mundo é o baseado no uso da internet, como o comércio eletrônico, as páginas institucionais e as redes sociais (LAMBIN, 2000). Na perspectiva da construção coletiva e colaborativa de conhecimento, numa época de franco crescimento das redes sociais, o conceito wiki configura-se uma possibilidade bastante viável como base de uma estratégia de comunicação digital para a área de saúde.

3. O conceito wiki como estratégia de comunicação na área da saúde

Mas antes de pensar nas estratégias de comunicação capazes de promover a doação de órgãos através do uso de wikis, é preciso compreender o que vem a ser comunicação. Maibach; Holtgrave (1995) definem comunicação para saúde como o uso de técnicas e tecnologia para influenciar (positivamente) os indivíduos, as populações e as organizações, com o propósito de promover a saúde humana.

Uma estrutura de comunicação baseada em TI, com uso do conceito wiki, é uma das formas mais adequadas para monitorar tais aspectos em tempo real, além de possibilitar a necessária interação entre indivíduos.

Wiki é um tipo de programa de computador que permite criar, editar e hiperligar páginas da Internet de forma ágil e colaborativa. Em outras palavras, é uma ferramenta que permite que pessoas editem, conectem e compartilhem colaborativamente seus documentos eletrônicos em rede. O nome “wiki” foi criado por Ward Cunningham em 2001, para nomear um software denominado WikiWikiWeb, que significa “Web Ágil” na língua havaiana. O software tinha a idéia de permitir que leitores pudessem facilmente participar da edição do conteúdo de seus sites, usando apenas um navegador Internet (INUZUKA, 2008, p. 44)

Para outros autores, wiki é um conceito (NAKANISHI et. al., 2009 e MANSUR, CARMO, 2007), uma metodologia (LIU, CHEN, HE, 2008 e PRIMO, RECUERO, 2003) ou uma ferramenta (HOLTZBLATT, DAMIANOS, WEISS, 2010 e LAINO et. al., 2008). Nesse artigo wiki foi considerado um conceito, por ser uma abordagem que engloba todas as demais.

O conceito wiki tem como base os princípios de CSCL (*Computer Supported Collaborative Learning*) ou Aprendizagem Colaborativa com Suporte Computacional. Tais princípios fazem parte de um novo campo da aprendizagem que estuda como as pessoas podem aprender e grupo com o auxílio do computador (INUZUKA, 2008). O autor comenta, ainda, que o wiki incentiva os processos sociais-iterativos de construção de conhecimento à medida que envolve uma edição colaborativa de conteúdos para atender um objetivo comum.

O wiki apresenta grande versatilidade, flexibilidade e possibilidade de abrangência, aspectos que o tornam bastante adequado como tecnologia principal de uma estratégia de comunicação. Contudo, como em qualquer setor de atividade, na área da saúde os recursos (humanos, financeiros, materiais, etc.) são limitados, quando não escassos. Por isso, altos desempenhos certamente serão sempre esperados de uma estratégia de comunicação nesta área.

Quelch (1980) afirma que uma estratégia de comunicação mal elaborada pode reduzir o sucesso de ações de saúde preventivas ou educativas, particularmente por se relacionarem à promoção de uma idéia. Para aumentar as chances de sucesso, o autor apresenta um processo de seis etapas para o desenvolvimento de comunicações efetivas: (1) os objetivos definidos devem estar alinhados à estratégia de marketing geral da organização associada à intervenção; (2) a população precisa ser dividida em grupos-alvo com base, por exemplo, em suas características demográficas; (3) as necessidades de informação de cada grupo-alvo devem ser identificadas; (4) o mix de veículos ou mídias mais apropriados para atingir cada grupo-alvo deve ser selecionado; (5) critérios de avaliação que reflitam os objetivos devem ser definidos e; (6) o programa de comunicação deve ser implementado e avaliado.

Embora os profissionais da área de saúde concordem com os de marketing sobre a necessidade da aplicação do processo apresentado e da definição de objetivos de comunicação claros, comumente, há discordância quando se trata da escolha do mix de mídia (QUELCH, 1980). Para o autor, muitos profissionais de marketing não reconhecem o real valor das interações individuais e da comunicação boca-a-boca para modificar comportamentos. Entretanto, esses profissionais geralmente concordam que, da mesma forma que as mídias de massa são apropriadas para chamar a atenção no curto prazo, os programas baseados em interação são mais efetivos para mudar comportamentos em longo prazo.

Analogamente, Cassell; Jackson; Cheuvront (1998) afirmam que, no campo da saúde pública, muita atenção tem sido dada ao potencial de utilização das mídias de massa para modificar atitudes, formar comportamentos e persuadir as pessoas a proteger sua saúde. No entanto, pesquisas indicam que mídias de massa como jornais, revistas, rádio e televisão não se apresentam como canais convincentes para uma mudança efetiva de comportamento. Como Quelch (1980), Cassell; Jackson; Cheuvront (1998) também indicam que canais interpessoais têm obtido mais sucesso em influenciar atitudes e promover mudanças comportamentais.

O wiki apresenta-se como um canal interpessoal acessível, inclusivo e democrático por permitir que qualquer pessoa participe da construção de seu conteúdo e por valorizar o grupo em detrimento do indivíduo (PRIMO, RECUERO, 2003 e INUZUKA, 2008). Isso confere certo nível de compromisso pela informação gerada, ao mesmo tempo em que possibilita que cada participante desempenhe um papel na construção do conhecimento.

A escolha do wiki como base para uma estratégia de comunicação atende amplamente a etapa (4) do processo de desenvolvimento da comunicação mencionado anteriormente, pela sua potencialidade de abranger diferentes grupos-alvo e fazê-los interagir entre si. Com essa interação, o wiki pode, além de promover a doação de órgãos, gerar um amplo debate sobre o tema, desmitificando crenças e idéias pré-concebidas, e incentivar a adoção desse comportamento usuários da plataforma e suas famílias.

4. Benefícios e limites do uso do wiki

A despeito das potencialidades do wiki, ainda há muitos questionamento acerca dos reais benefícios do seu uso. O produto mais conhecido do conceito wiki, a Wikipédia, é constantemente criticada e questionada quanto à veracidade e confiabilidade das informações que disponibiliza. Para melhor compreensão dos benefícios e limites do uso do wiki, recorreu-se às pesquisas já publicadas sobre o tema e os indicativos de seus resultados.

Muito se fala sobre a falta de controle de qualidade top-to-down na Wikipédia. Entretanto, a revista britânica Nature submeteu 50 verbetes da Wikipédia e igual quantidade da Enciclopédia Britânica à avaliação de especialistas. Os achados foram surpreendentes: a Wikipédia apresentou quatro inconsistências por verbeta, contra

três da Britânica; havia quatro erros graves em cada uma das publicações estudadas; a Wikipédia apresentou 162 omissões ou afirmações enganosas e a Enciclopédia Britânica 123 (SCHONS, SILVA, MOLOSSI, 2007). Quando se considera que na Wikipédia a maioria dos verbetes é escrito por pessoas sem conhecimento técnico ou científico sobre os assuntos, e que os verbetes da Enciclopédia Britânica são elaborados por estudiosos da área e cientistas, o argumento da falta de qualidade dos produtos wiki torna-se uma falácia.

Inuzuka (2008, p. 57 e 58) defende uso do wiki com base nos seguintes benefícios: criticabilidade, onipresença, auditabilidade, unicidade, compartilhamento. Analogamente, Liu, Chen, He (2008) em sua pesquisa, verificaram que houve impacto positivo na aprendizagem de alunos que utilizaram o wiki. Os estudantes pesquisados declararam que a metodologia baseada em wiki tornou o curso mais interessante e fez com que eles gostassem mais do mesmo; os auxiliou a identificar seus pontos fracos na aprendizagem; incentivou-os a fazer o melhor na solução das questões propostas no curso; encorajou-os a persistir nas tarefas, a partir de soluções postadas pelos colegas e; ajudou-os a relacionar conceitos durante e integrar o conhecimento ao final do curso.

Primo, Recuero (2003) argumentam que todo produto wiki encerra um processo, pois cada artigo pode ser articulado e rearticulado infinitamente. Para eles, esse processo é fonte de importantes benefícios: compromisso, cooperação e entusiasmo. O compromisso a ser compartilhado, é a busca constante pela disponibilização da informação mais acurada possível.

Assim, o trabalho grupal procura na cooperação e no cruzamento de dados o aperfeiçoamento progressivo dos verbetes. O processo coletivo pressupõe, pois, o espaço para o choque de idéias, para a sugestão de novos links, para a revisão conjunta de textos publicados. Ao debruçar-se sobre um mesmo conteúdo, o grupo precisa negociar diferenças, checar fontes e lapidar conceitos. A preocupação maior se desloca da proteção ao nome do autor para o cuidado com a informação, com o texto da comunidade (PRIMO, RECUERO, 2003, p. 61).

A TI, e por conseqüência o wiki, possibilita o desenvolvimento de uma memória de atividades executadas e de soluções, pois permite compartilhar informações sobre projetos realizados, ações executadas, etc., fazendo com que, uma vez vivida, uma experiência não se perca, mas venha a somar conhecimento (VASCONCELOS, QUEIROZ, 2007). Isso, por sua vez, permite economia de tempo, esforços e recursos financeiros.

Outro aspecto de grande relevância, na avaliação dos benefícios do uso de determinada tecnologia é a possibilidade e facilidade de mensuração de resultados (ALBERTIN, ALBERTIN, 2009). O wiki permite mensuração de resultados de seu uso de forma integral: no momento do uso, por meio do controle dos acessos, colaborações e alterações, etc. e; durante sua construção, com a mensuração de sua popularidade, busca, citações, bem como da sua capacidade de geração de debate e das repercussões que pode causar.

Entretanto, Holtzblatt, Damianos, Weiss (2010), encontraram, em sua pesquisa, alguns fatores que poderiam impedir o uso de wikis como ferramenta de disseminação de conhecimento. Eles indicaram alguns fatores que influenciam mais diretamente uma postura pouco aberta ao compartilhamento de informações, em certas circunstâncias: a percepção de compartilhar a informação como um custo ou esforço extra; a natureza da informação (e o poder advindo de sua detenção); o desejo de compartilhar apenas conteúdos que estiverem finalizados; pouca adaptação à abertura do ambiente de compartilhamento; a falta de regras claras de funcionamento e; gerenciamento ineficaz dos processos. Os mesmos autores destacaram os aspectos culturais como fator decisivo para o sucesso ou fracasso de uma ferramenta wiki.

Nessa mesma direção Inuzuka (2008) argumenta que junto com os benefícios, diversos desafios precisam ser enfrentados para que o uso de wiki seja bem sucedido. Entre eles, o autor destaca: dificuldades em lidar com licenças; falta de cultura colaborativa; dificuldades técnicas.

5. Considerações finais

Apesar do aumento das doações de órgãos no país, e da crescente adesão da população a essa atitude, o tema ainda permanece mais restrito à área das ciências biomédicas e às políticas públicas. Há muito por realizar na promoção da doação de órgãos e a tecnologia da informação poderá ter papel fundamental na divulgação, debate e adoção dessas idéias. Especificamente, o uso do conceito wiki apresenta perspectivas bastante animadoras, pois se trata de uma ferramenta inclusiva, abrangente, flexível, versátil e de baixo custo, quando comparada a meios tradicionais de promoção (televisão, rádio, jornais, revistas, etc.).

Além disso, o wiki permite que a informação seja gerada pelos próprios indivíduos envolvidos e que estes construam conhecimento coletiva e colaborativamente. O melhor efeito disso é a 'cumplicidade' que o participante desenvolve com o conteúdo, possibilitando que se torne um 'defensor da causa'. Dessa forma, as pessoas que não fossem participantes ativas da construção do wiki, estariam cercadas de potenciais participantes e incentivadores da doação de órgãos. O wiki possibilitaria, assim, a adoção do comportamento a partir do contato dos participantes com diferentes pessoas, culturas e visões de mundo.

É importante considerar os limites do conceito para que o planejamento do uso seja realizado de forma adequada, inclusive prevendo possíveis falhas. As questões culturais (incluindo diferenças de escolaridade e facilidade de manuseio de TI entre os usuários), a adoção de regras claras e universais de funcionamento e as dificuldades técnicas apresentam-se como potenciais entraves ao sucesso do uso do wiki no incentivo à doação de órgãos. Além disso, é imprescindível lembrar que, apesar de sua intensa popularização, há concentração de acesso à internet em algumas regiões do Brasil (sudeste, sul e centro-oeste), o que restringe a abrangência da ferramenta.

Outra questão que merece destaque é a necessidade de um planejamento prévio para a divulgação do wiki em si, pois, inicialmente, é preciso comunicar a existência da ferramenta e incentivar sua busca, uso e participação.

Em função de o wiki configurar-se como uma tecnologia relativamente recente, muito precisa ser pesquisado e comprovado sobre os benefícios e limites do seu uso, nos mais diversos setores da atividade humana. Sugere-se como possibilidade de continuação desse estudo, a comprovação empírica dos achados aqui apresentados, levando também em consideração as singularidades da comunicação na área da saúde pública. Nota-se, ainda, que a produção de conhecimento sobre a gestão da comunicação e o uso de TI na área saúde tem ficado mais restrita aos pesquisadores das áreas biomédicas. O número de pesquisas produzidas por estudiosos da administração ainda é relativamente pequeno, o que representa uma oportunidade de obter relevância nos estudos realizados nessas áreas.

Referências

- ALBERTIN, Alberto Luiz. Administração de Informática: funções e fatores críticos de sucesso. 5 ed. São Paulo, Atlas: 2004.
- ALBERTIN, Alberto Luiz. Comércio eletrônico: modelo, aspectos e contribuições de sua aplicação. 6 ed. São Paulo, Atlas: 2010.
- ALBERTIN, Alberto Luiz; ALBERTIN, Rosa Maria de Moura. Tecnologia de Informação e Desempenho Empresarial. 2 ed. São Paulo, Atlas: 2009.
- CASSELL, Michael M.; JACKSON, Christine; CHEUVRON, Brian. Health Communication on the Internet: An Effective Channel for Health Behavior Change? *Journal of Health Communication*, Vol. 3, p. 71-79, 1998.
- HOLTZBLATT, Lester J.; DAMIANOS, Laurie E.; WEISS, Daniel. Factors Impeding Wiki Use in the Enterprise: A Case Study. CHI 2010, April 10-15, 2010, Atlanta, USA.
- IBGE. Evolução dos Registros de Nascimentos por Unidades da Federação 2008. Rio de Janeiro, 2010.
- INUZUKA, Marcelo Akira. Uso educativo do wiki: Um estudo de caso na Faculdade de Educação da UnB. Dissertação. 2008. Universidade Federal do Ceará.
- LAINO, Carla P.; FERNANDES, Letícia M. M.; GONÇALVES, Rodrigo F.;
- LIU, Bem; CHEN, Hejie; HE, Wei. Wiki-based Collaborative Learning: Incorporating Self-Assessment Tasks. *WikiSym '08*, September 8-10, Porto, Portugal.
- MAIBACH, E.; HOLTGRAVE, D. R. Advances in Public Health Communication. *Annu. Rev. Public Health*. 1995. 16:219-38.
- MANSUR, Andre Fernando Uebe; CARMO, Gerson Tavares do. A metodologia wiki-ise para implementação de uma ferramenta de gestão do conhecimento em cursos de Administração. *Anais ENANPAD*, Rio de Janeiro, 2007.
- NAKANISHI, Takafumi; ZETTSU, Koji; KIDAWARA, Yutaka; KIYOKI, Yasushi. SAVVY Wiki: A Context-oriented Collaborative Knowledge Management System. *WikiSym '09*, October 25-27, 2009, Orlando, Florida, U.S.A.
- PAVARIN, Guilherme. Acesso à internet cresce 8,2% no Brasil. INFO Online. Disponível em <http://info.abril.com.br/noticias/internet/acesso-a-internet-cresce-8-2-no-brasil-31032010-19.shl>.
- PORTO, A.; PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 10 (suplemento 2), 725-42, 2003.

PRIMO, Alex Fernando Teixeira; RECUERO, Raquel da Cunha. Hipertexto cooperativo: uma análise da escrita coletiva a partir dos Blogs e da Wikipédia. Revista FAMECOS. Porto Alegre, nº 22, dezembro 2003.

QUELCH, John A. Marketing Principles and the Future of Preventive Health Care. *Health and Society*, Vol. 58, No. 2, 1980, p. 310-347.

SCHONS, Cláudio Henrique; SILVA, Fabiano Couto Corrêa; MOLOSSI, Cinara. O uso de wikis na gestão do conhecimento em organizações. *Biblios*. Año 8, n. 27, Ene-Mar 2007.

VASCONCELOS, Manuela Weyll; QUEIROZ, Ana Carolina Spolidoro. Tecnologia da Informação e Aprendizagem Nas Organizações: O Exemplo da Novelis do Brasil. *Anais SEMEAD*. São Paulo, 2007.

Referências eletrônicas:

<http://www.ibge.gov.br/pnad>

Indicadores Assistenciais

P_63_2011 - Análise dos Indicadores Hospitalares e a Gestão dos Hospitais na Bahia

Vagner Oliveira Bomfim, Ivonize Maria Teixeira Oliveira Bomfim, Evanildes Costa Santos

Resumo. O desenvolvimento das Organizações Sociais a partir dos anos 90 estabeleceu uma nova forma de relação entre o público e o privado no Brasil. Os indicadores hospitalares permitem avaliar as condições de saúde de uma comunidade, além de servir de parâmetro decisório para os gestores. Analisamos os indicadores hospitalares no período de 2006 a 2009 comparando hospitais sob gestão das O.S. com os hospitais sob gestão direta do estado. Os resultados evidenciaram médias de desempenho mais expressivas na gestão indireta havendo a necessidade de implementar programas de qualidade e melhorias na gestão hospitalar permitindo melhorar as condições de saúde da população.

Palavras chaves: gestão; indicadores; administração; qualidade; gerencialismo.

INTRODUÇÃO: O Plano de Reforma do Aparelho de Estado levado a efeito pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) a partir do ano de 1995, viria a se configurar como uma orientação aos compromissos oriundos da reunião patrocinada pelo BID, FMI e Banco Mundial em 1992, cognominado como Consenso de Washington.

As diretrizes propostas por tais organismos financeiros partiram do pressuposto de que bastava retirar o Estado do contexto econômico para que o desenvolvimento se processasse naturalmente. Posteriormente, novos estudos evidenciaram que os pressupostos do Consenso de Washington revelavam um posicionamento ideológico particular e uma visão de economia muito simplista, distanciada de uma atenção aos assuntos sociais, à educação e à saúde. Por conseguinte isto promoveria significativos efeitos adversos na distribuição de renda e com desestabilização social em países em desenvolvimento como Brasil e Argentina.

Entretanto, as forças política hegemônicas no Brasil viriam a promover medidas que privilegiariam o capital financeiro internacional, contrapondo-se a um modelo ideológico mais distributivo, convivendo, contudo, com um aumento populacional e sua conseqüente longevidade bem como com dificuldades relacionadas à previdência social dentre outros aspectos de ordem econômica. Contudo, era necessário repensar a administração pública, adequando-se à abrangência das atividades do Estado e as demandas da sociedade, mas, obviamente respeitando os interesses do mercado. Assim, desenvolveu-se o estímulo à iniciativa privada, a redução das despesas públicas com a educação e a saúde, e a redução de um Estado já mínimo, cercado de corrupção e ineficiência gerencial.

A Constituição Federal de 1988 ao estabelecer um manto de Estado Providência, de Bem Estar Social, fruto que era das contradições políticas e embates da época e a Emenda Constitucional nº 19/98 viria a propiciar a conformação desejada para os condutores do neoliberalismo brasileiro com o incremento do terceiro setor. Esta nova corrente administrativa, o gerencialismo, tentada sem sucesso desde a segunda metade da década de 60, propugnava que no modelo anterior existia um Estado falido, ineficiente na prestação dos serviços sociais, bem como estava imerso em um perfil de burocratismo e corrupção presente no seio da administração estatal¹. Esta reforma pautada no fomento ao terceiro setor, denominada de publicização, instituiu a partir de então o desenvolvimento das organizações sociais, com a flexibilização das relações de trabalho e a terceirização dos serviços, promovendo um novo ordenamento nas relações entre Estado e sociedade estabelecendo uma espécie de parceria com o setor público. O Estado convivia com um aumento da expectativa de vida, com a prevalência de doenças degenerativas que acarretava impacto substancial nas políticas públicas, sobretudo a previdência e a saúde. No setor saúde o gerencialismo apoderou-se dos indicadores hospitalares de produção como elemento estratégico da gestão de custos e dos indicadores de qualidade como fundamento para monitorar a saúde, melhorando também os seus padrões de qualidade. Os contratos de gestão² firmados entre a iniciativa pública e as organizações sociais pactuando metas e indicadores viriam a estabelecer diretrizes que permitiriam pontuar a capacidade administrativa³, evidenciando o cumprimento de objetivo de programas além de permitir a tomada de decisão pelos gestores.

Entretanto, apesar dos contratos de gestão existentes, sobretudo entre as O.S. e o Estado, faz-se necessário ampliar o debate sobre tão rico tema, a guisa de informações e dados que possam proporcionar uma visão crítica desse momento da administração pública. Neste estudo, buscaremos identificar elementos que se coadunem com um projeto garantidor de direitos e conquistas sociais tendo como referencial os indicadores hospitalares de produção, qualidade e de gestão hospitalar analisando-os à luz dos modelos de gestão vigentes no âmbito do Estado da Bahia, que espelhem o padrão de saúde de uma dada comunidade ou população.

REFERENCIAL TEÓRICO

Da Conformação Ideológica e do Ordenamento Jurídico das O.S.

O terceiro setor ao apresentar-se conceitualmente de forma imprecisa vem a ser aquelas empresas que não são de todo nem estatais nem privadas, porém atuando na esfera pública social sem um fim lucrativo e mercantil “com autonomia e administração própria”⁴.

Vários autores defendem a tese de seu aparecimento como uma alternativa ao capitalismo no século XIX, prosperando no Brasil nas décadas de 70 a 80 em pleno processo de redemocratização política, dispoendo estas organizações de financiamento externo e com aspectos contestadores à hegemonia política da época.

O processo de modernização do Estado e de sua administração pública a partir da década de 90 acarretou mudanças importantes no ordenamento jurídico assim como impactos substanciais na economia face à transferência de ações e funções antes exclusivas do setor público para o setor privado. A implantação do Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado em 1995 incorporou os conceitos da nova administração ou gerencialismo vigentes na Europa e América do Norte, pautados em pressupostos de produtividade, melhoria e qualidade dos serviços. Neste Plano as parcerias ou articulações com o Estado, com a busca do autofinanciamento, pautou-se na incorporação de uma visão gerencial e empresarial⁵. Sob esta lógica, as reformas gerenciais, tomando por premissa uma maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à sociedade, implicam num Estado mínimo, de cunho neoliberal, essencialmente regulador e promotor dos serviços sociais básicos e econômicos estratégicos sem a necessidade de que sejam realizados pelo aparato estatal⁶. Estes serviços sociais viriam desta feita a ser transferidos para as Organizações Sociais.

A Lei 9637/98 que trata das O.S. preconiza a existência de um Contrato de Gestão garantindo, pois as fontes de financiamento, multas e penalidades para as partes. Contudo, no tocante ao controle social a mesma lei se apresenta de forma inconclusa não estabelecendo qual seja o órgão fiscalizador, além das atribuições constitucionais do Tribunal de Contas da União que versa sobre a impessoalidade, economicidade, legalidade, moralidade, publicidade, eficiência e o princípio da isonomia contratual. Diversos autores, entretanto, ao referir-se sobre os contratos de gestão apontam inconstitucionalidades como ausência de licitação para escolha da empresa vencedora e/ou oportunidades do Estado em fugir dos rigores dos processos licitatórios, conseqüentemente para usufruto da gestão dos serviços públicos^{7,8} além do controle social pelo Ministério Público⁹.

As Organizações Sociais, o Setor Saúde e os Indicadores Hospitalares.

A América Latina, aderiu tardiamente ao gerencialismo embasado em preceitos de eficiência e qualidade oriunda das técnicas gerenciais da iniciativa privada e já implantada em diversas nações do primeiro mundo no processo de globalização da economia. Destacou-se neste modelo de relação entre o Estado e a sociedade civil, sobretudo na área da saúde, os estados de São Paulo e da Bahia ao conceder vários títulos de O.S. a empresas contratualmente sem fins lucrativos que viriam a gerir diversos hospitais na capital e interior do Estado. Em São Paulo ao final da década de 80, quando foram entregues 17(dezessete) hospitais sob gestão de O.S. e em convênio com instituições de ensino superior¹⁰ que proporcionaram, segundo dados da Secretaria de Saúde, uma produtividade 20% maior e com custos 15% menores que a dos hospitais da gestão direta no curso de 2003. Tais dados assumem importância em face dos indicadores financeiros e de produção apesar da suplementação financeira fornecida pelo Estado às O.S. e justificada pelo parco financiamento oriundo do SUS. Contudo, não existem trabalhos que evidenciem o impacto que este modelo de gestão possa ter proporcionado à rede de saúde pública, bem como se os indicadores de produção e de qualidade analisados sofrem influências substanciais que permitam confiabilidade e precisão científica. A Bahia foi outro estado da federação que avançou na formatação jurídica das O.S. através da Lei 8.647 de 29/07/2003 e regulamentando-a através do Decreto 8.890 de 21/01/2004. Seu marco foi a parceria com a PROMIR que perdurou até maio de 2007 quando fora suspenso por descumprimento dos indicadores de qualidade evidenciados pela Secretaria de Saúde do Estado.

A epidemiologia ao se apropriar de informações emanadas pela clínica passa a identificar e solucionar problemas de saúde da população. Ademais, ela tem encontrado nos serviços hospitalares uma base para explicar a efetiva utilização desses serviços bem como a ocorrência de diversas patologias. Os serviços citados se apresentam como um padrão de comportamento complexo fundado na relação entre consumidores e prestadores e uma vez estabelecido esta relação a administração se utiliza dos indicadores hospitalares, com o propósito de orientar os seus objetivos à uma boa assistência à saúde¹¹.

Ao tempo em que verificamos os princípios norteadores do SUS, como a equidade, integralidade e universalidade, identificamos a estrutura do sistema de saúde, no caso a condução, o financiamento e os recursos que podem ditar o padrão de desempenho do próprio sistema¹². Assim, os processos de avaliação dos indicadores implicam em sua permanente comparação com elementos como tempo, padrões, normas, modelos ideais, reais ou desejados. Estas variáveis permitem enfim quantificar resultados e ações, sendo que a adequada comparação entre as instituições e seus respectivos modelos de gestão só é possível em função de uma efetiva padronização destes mesmos indicadores¹³. A existência de algumas propostas de padronização de indicadores tem servido de parâmetros para reconhecimento da qualidade focalizando os usuários, os recursos humanos, os pacientes e o hospital¹⁴.

Este estudo propõe-se a focar os indicadores hospitalares e de saúde dentro dos modelos de gestão das instituições geridas pelas O.S., comparando-os com os indicadores dos serviços de saúde geridos diretamente pelo Estado, procurando respostas que justifiquem a melhor opção de administração dos serviços de saúde com base nos pressupostos emanados pelo SUS¹⁵.

Analisaremos os indicadores hospitalares tendo como foco os pacientes, os recursos humanos e a unidade hospitalar fornecendo nesse processo de avaliação um banco de dados com informações a serem utilizadas no planejamento das unidades hospitalares, embasado numa lógica democrática gerencial e que podem servir como elemento decisório para os gestores.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo propõe-se a analisar os indicadores hospitalares de produção e de qualidade existentes no âmbito dos hospitais da rede própria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. A metodologia empregada foi um desenho observacional de corte transversal, estudo ecológico¹⁶, tomando-se como amostra doze hospitais gerais localizados nas nove macrorregiões de saúde conforme o PDR 2008. O estudo, baseado em dados secundários existentes na unidade central da Secretaria de Saúde obedeceu aos preceitos éticos contidos na Resolução 196/96 MS e recebeu do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB o protocolo CAAE 0007.0.053.000-10.

Os dados foram obtidos através dos relatórios de informação hospitalar (RIH) contidos nos seis contratos de gestão firmados entre o Estado e as O.S., bem como nos bancos de dados existentes das próprias unidades hospitalares, entre os anos de 2006 a 2009. Além da obtenção destes dados, foi também enviado aos gestores um questionário estruturado para obtenção de informações sobre uso de ferramentas de gestão e melhoria da qualidade além de respostas que evidenciassem o perfil, complexidade, número de leitos, especialidades existentes, porte e perfil epidemiológico do hospital. Foi realizada uma amostra de conveniência dentre os hospitais geridos diretamente pelo Estado, extraído-se desta amostra seis hospitais gerais para comparação com as unidades sob gestão pelas O.S. distribuindo-os conforme as características similares acima citadas. Foram definidos dezesseis indicadores hospitalares para avaliar a estrutura hospitalar, a qualidade da assistência aos pacientes, a produção de serviços e os recursos humanos existentes.

As informações sobre as ferramentas de gestão e qualidade foram relacionadas de formas a possibilitar uma comparação entre os modelos de gestão direta e O.S. Após a coleta de dados os mesmos foram analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 12.0 sendo estabelecida comparação através de médias e desvio padrão entre os grupos conforme o teste T de Student.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tomando-se inicialmente o indicador de produção, taxa de ocupação hospitalar, verificamos que as unidades sob gestão direta apresentaram média de 79,19 19,09 em 2006 chegando a 81,14 18,17 em 2009 e tendo a gestão indireta das O.S. médias de 60,18 23,41 em 2006 e chegando a atingir médias 80,97 23,41 em 2009 (tabela 1 e 2). A taxa de ocupação hospitalar definida pela Portaria GM/MS no 1102/2002 para gerenciamento adequado de um hospital gira em torno de 80 a 85% tendo ocorrido, pois, na gestão indireta(O.S.) um aumento desses valores, sobretudo, pela maior oferta de serviços. A gestão direta apresentou em algumas unidades taxas mais elevada no quadriênio 2006 a 2009, promovendo, portanto, a redução do indicador índice de intervalo de substituição de leitos bem como elevando o tempo de permanência hospitalar (gráfico 1). As experiências desenvolvidas pelo CQH e pela ANAHP em São Paulo e outros estados do sul apontam para taxas de ocupação hospitalar que varia de 96,5 a 97,2% (mediana de 67,99 a 69,9%) no quadriênio 2006 a 2009 em desacordo com a legislação citada.^{17,18}

As taxas de mortalidade institucional variaram na média de 6,47 2,70 a 9,77 7,15 na gestão direta nos anos de 2006 a 2009 e as O.S. apresentaram médias de 3,25 3,36 em 2006 a 3,67 3,33 em 2009 (p=0, 112). (tabela 1 e 2). O Ministério da Saúde através da Portaria MS 1884 de 11 de novembro de 1994^{19,20} estabelece que a taxa de mortalidade institucional define-se como aquelas mortes ocorridas na unidade hospitalar após 48 horas da internação hospitalar. Assim, este indicador de qualidade assistencial encontra-se em desacordo com os padrões definidos pela referida Portaria devendo então ser aclarado os fatores geradores dessa não conformidade, sobretudo, na gestão direta, bem como se devem estabelecer mecanismos que reduzam substancialmente estes índices. Dados da literatura disponível mostram que as unidades hospitalares de São Paulo vêm apresentando taxas de mortalidade institucional com medianas de 2,02 a 2,04% (máxima de 17,8%) no quadriênio 2006 a 2009, diferentes da referida portaria ministerial¹⁷.

O controle da infecção hospitalar no Brasil amparado pela Portaria MS 2616 de 12 de maio de 1998²⁰ visa, em última análise, a melhoria da qualidade assistencial frente a uma das principais causas de morte dentro dos hospitais. Em nosso estudo as taxas de infecção hospitalar, nas unidades sob gestão direta da Bahia apresentaram valores mais elevados 7,61 10,19 em 2006 a 6,64 9,14 em 2009 quando comparados com as O.S. que ficaram em 2,25 1,20 em 2006 a 2,50 1,47 em 2009, (p=0, 186) como visto abaixo (gráfico 2). Há conforme os dados acima a necessidade de estabelecer melhorias da qualidade gerencial através de protocolos estabelecidos nas unidades hospitalares, para a redução desse indicador de qualidade. É de suma importância a criação, estímulo, incremento de equipes e comissões de controle de infecção que venham a reduzir as taxas de infecção de há muito considerada como um grave problema de saúde pública.

Outro indicador de qualidade assistencial analisado neste estudo foi a taxa de cesariana onde ficou demonstrada a existência de níveis elevados em todos os modelos de gestão, sobretudo na gestão direta que apresentou médias de 32,26 10,18 em 2006 a 42,96 15,62 em 2009 e com uma curva de tendência crescente nos últimos anos. Estes valores expressam a necessidade de promover mecanismos de gestão de seus comitês de especialidades para redução deste indicador em níveis próximos aos 15% recomendados pela OMS mesmo naqueles centros de referência para gestação de alto risco (gráfico 3). É oportuno citar que no Brasil realiza-se em torno de 500 mil cesáreas/ano e que chegamos a gastar em torno de R\$ 83,4 milhões com cesarianas desnecessárias. Estados mais industrializados como Santa Catarina e São Paulo apresentaram taxas de cesarianas entre 32,4% a 51,44% respectivamente no ano de 2007. As taxas de cesarianas atingiram na série histórica 2006 a 2009 valores de 88,6 a 91,4% e 98,1% conforme a ANAHP e CQH respectivamente. Os dados acima referidos no estudo e citados pela literatura contribuem para uma mortalidade materna 35 vezes maior que nos países industrializados.^{19,21}

Os indicadores hospitalares com foco nos recursos humanos tais como a relação funcionário leito evidenciou que as unidades sob gestão indireta apresentaram valores inferiores (0,75 0,61) na série histórica entre 2006 a 2009 comparando-os com os dados encontrados pelas unidades sob gestão direta (0,98 0,52 em 2006 a 0,42 0,57 em 2009) com $p=0,082$. Nesta, gestão direta, fica demonstrado uma nítida tendência a crescimento como evidenciado no gráfico 4. Os motivos desse incremento de pessoal e seu impacto nos indicadores de qualidade em questão revelam que tais valores podem em princípio traduzir uma gestão de recursos humanos inadequada dentre as unidades sob gestão direta, diferente das Organizações Sociais, que, sobretudo por força contratual, estabelece uma planilha com quantitativo de recursos humanos compatíveis com a oferta de serviço (tabela 1). Dados existentes na literatura nacional evidenciam índices que oscilam entre 0,42 a 0,59 para a relação enfermeiro por leito e índice de 2,07 a 2,17 para a relação técnico de enfermagem por leito nos anos de 2006 a 2009 entre os hospitais paulistas¹⁸.

CONCLUSÃO

A década de 80 foi marcada no Brasil pelo desenvolvimento de reforma do setor público com a subsequente redução do estado e promessas de maior agilidade administrativa, eficiência e eficácia. Esta reforma, embora não sendo inovadora na história recente do país, cercou-se de pressupostos de maior qualidade, o gerencialismo, estabelecendo estratégias para redução de custos, focado em metas e indicadores de produção e qualidade.

Ao fim do ano de 2009 as unidades hospitalares na Bahia apresentavam uma distribuição percentual importante de hospitais sob gestão das O.S. e dos hospitais sob gestão terceirizada em comparação aos hospitais da administração pública direta que dispunha de um total de 4951 leitos. Do total de 1.321 leitos sob gestão em parcerias até 2009 as O.S. administravam 72,21 % dos leitos ofertados em todo o Estado da Bahia configurando-se como uma opção e importante alternativa de gestão e, portanto, com significativo incremento de recursos para a iniciativa publicizada. Apreende-se que do total de leitos ofertados, as Organizações Sociais oferecem à população uma maior atenção em especialidades com melhores taxas de rotatividade bem como a oferta de procedimentos de média a alta complexidade, ficando os leitos de longa permanência, pacientes crônicos, sob responsabilidade maior da gestão própria devendo estes dados ser avaliados de forma mais detalhada.

Vale ressaltar, contudo, o significativo avanço implementado nos últimos anos pela atual gestão, no que tange ao preceito constitucional de utilizar a Lei das Licitações (9.433) para escolha das empresas gestoras das unidades de saúde ao acatar o Direito Administrativo na consecução dos contratos de gestão com as O.S.

As Organizações Sociais ao estabelecerem os respectivos contratos de gestão assumem a responsabilidade de conduzir a prestação dos serviços essenciais de responsabilidade do estado, no caso em questão à saúde pública, com a prerrogativa de fazê-lo com maior eficiência. Contudo, a despeito de ser a administração dos hospitais uma atividade complexa, os dados evidenciados através dos indicadores hospitalares deste estudo não nos permitem definir em ser esta a melhor opção de gerenciamento dos hospitais públicos em face da ausência de estudos sobre melhorias da qualidade assistencial refletida nos indicadores analisados nesta série histórica. As curvas de tendência evidenciam um aumento significativo, por exemplo, das taxas de ocupação, da mortalidade institucional e de infecção hospitalar, acima dos índices preconizados nas diversas portarias ministeriais. Evidencia-se, igualmente, uma oferta insuficiente de leitos de alta complexidade para toda a rede hospitalar acarretando um impacto negativo na gestão dos recursos, humanos e tecnológicos, principalmente nas unidades sob gestão direta.

É notório a necessidade de uma uniformização e sistematização dos indicadores em toda a rede hospitalar e não apenas de forma isolada nos contratos com a gestão indireta, além do desenvolvimento de mecanismos de fiscalização e controle eficazes, sobretudo na gestão direta, que garantam a um sistema de gestão que se utilize desses indicadores confiabilidade aos resultados aferidos. Carecemos de uma maior participação da sociedade na fiscalização e controle social dos contratos de gestão firmados pelo Estado com as Organizações Sociais além de um contrato de metas com as unidades sob gestão direta, que venham a propiciar e refletir os anseios de maior eficiência na saúde com melhoras de excelência da assistência prestada à população.

O modelo de Estado vigente no país encontra na atualidade dificuldades de monopolizar e executar os serviços sociais de interesse coletivo. Por outro lado, apesar das dificuldades, o Estado não pode tornar-se um mero regulador dessas funções públicas frente a uma situação insustentável de desigualdades sociais, devendo o mesmo dispor de uma burocracia tecnicamente capaz e motivada para "induzir, regular, fiscalizar e promover os serviços sociais básicos"²².

Os resultados evidenciados neste estudo podem contribuir na formulação de diretrizes técnicas e políticas para o Estado, sua gestão da saúde, no aprimoramento da sua missão de ofertar serviços públicos, com maior eficiência e resolutividade, investindo não apenas na estrutura, mas, sobretudo, nos processos e resultados implementados por uma gestão qualificada e em consonância com um Estado de Direito. Os indicadores hospitalares no contexto dos modelos de gestão existentes, objeto deste estudo, são também elemento decisório, devendo ser um alicerce para a uniformização dos mesmos em toda a rede hospitalar, para desenvolver um programa de gestão de melhoria da qualidade assistencial, além de ser um elemento de discussão do formato ou modelo de gestão em saúde democraticamente definida pela sociedade.

Referências

- 1- Bresser Pereira, L.C. Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública. Caderno do MARE, Min. da Adm. Federal e Reforma do Estado. Brasília, n.03, 1998.
- 2- Da administração pública burocrática à gerencial. Revista do Serviço Público, Brasília, ano 47, v. 120, n. 1, jan/abr.1996.
- 3- Di Pietro, M S Z. Parcerias na administração Pública. (5a ed.). São Paulo: Atlas, 2005.
- 4- Sesab, Secretaria de Administração do Estado da Bahia. Seminário: Conhecendo o modelo de Organizações Sociais. Salvador: Fundação Luis Eduardo Magalhães. 24/04/2008.
- 5- Paes, J E S. Fundações e entidades de interesse social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários. (5a ed.). Brasília: Jurídica, 2004.
- 6- Montano, C. Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2005.
- 7- Violin, T.C. Terceiro Setor e as Parcerias com a Administração Pública – Uma Análise Crítica. Belo Horizonte. Ed. Fórum, 2006.
- 8- Freire, A.L. As Organizações Sociais: dever de licitar e normas gerais. Revista Zênite Informativo de Licitações e Contratos – ILC, n.126, p.701, ago. 2004.
- 9- Mello, C.A.B. Curso de Direito Administrativo. 14a Ed. São Paulo; Malheiros, 2002.
- 10- Ferrari, P N. & Ferrari, R.M.M.N. Controle das Organizações Sociais. Belo Horizonte: Fórum, 2007.
- 11- CSS/SES-SP. Organizações sociais de saúde: a experiência bem sucedida de gestão pública de saúde do Estado de São Paulo. Rev. Adm. Saúde; 8 (31): 47-56, abril. jun.2006.
- 12- Campinas, L. L. S. L. A epidemiologia aplicada à área hospitalar. Mundo Saúde (1995); 26(2): 255-262, abr. -jun. 2002.
- 13- Barata R. B. (org.) Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ABRASCO, (Série Epidemiológica, I), 1997.
- 14- Novaes, H.M.; Paganini, J.M., Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil). OPAS/OMS, Washington, DC, 1994.
- 15- Gonçalves, E.L. Gestão Hospitalar: Administrando o Hospital Moderno. São Paulo: Saraiva Editora, pág. 135-146. 2006.
- 16- Merhy, E E. - Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde, in Merhy, E.E. e Onocko, R. - Agir em Saúde, Hucitec, São Paulo, 1997.
- 17- Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N. Epidemiologia & Saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- 18- CQH (Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar). Disponível em: <http://www.apm.org.br/cqh> acesso em 14.12.2010.
- 19- ANAHP. Projeto Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares(Sinha). Disponível em: <http://www.anahp.com.br> acesso em 14.12.2010.
- 20- Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação de nascidos vivos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em 14.12.2010

20- _____ Portaria MS 1884/94. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em 17.12.2010

21- _____ Portaria MS 2616/98. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em 17.12.2010

22-Yard, A.T. e Pinto Filho, A. Terceirização da saúde. É Essa Reforma Que Queremos? Le Monde Diplomatique Brasil, Outubro 2009, Nº27, p.12.

ANEXOS

Tabela 1. Indicadores da Gestão Direta no período de 2006 a 2009. SESAB.

Indicadores	Médias	Desvio Padrão	p-valor
Taxa de Ocupação Hospitalar	79,18 - 81,14	19,09 - 8,07	0,155
Taxa de Mortalidade Institucional	8,78 - 9,77	2,70 - 7,15	0,112
Taxa de Infecção Hospitalar	7,61 - 6,64	10,19 - 9,14	0,186
Taxa de Cezareana	32,23 - 42,96	10,18 - 15,62	0,042
Aux. Enfermagem por leito não crítico	0,98 - 1,42	0,52 - 0,57	0,082
Tempo Médio de Permanência	7,03 - 7,57	2,55 - 3,19	0,034

Tabela 2. Indicadores das Organizações Sociais no período de 2006 a 2009. SESAB

Indicadores	Médias	Desvio Padrão	p-valor
Taxa de Ocupação Hospitalar	60,16 - 80,97	23,41 - 23,41	0,155
Taxa de Mortalidade Institucional	3,25 - 3,67	3,36 - 3,33	0,112
Taxa de Infecção Hospitalar	2,25 - 2,50	1,20 - 1,47	0,186
Taxa de Cezareana	23,71 - 27,17	23,71 - 27,17	0,042
Aux. Enfermagem por leito não crítico	0,75 - 0,75	0,61 - 0,62	0,082
Tempo Médio de Permanência	4,09 - 4,86	1,45 - 1,57	0,034

Gráfico 1.

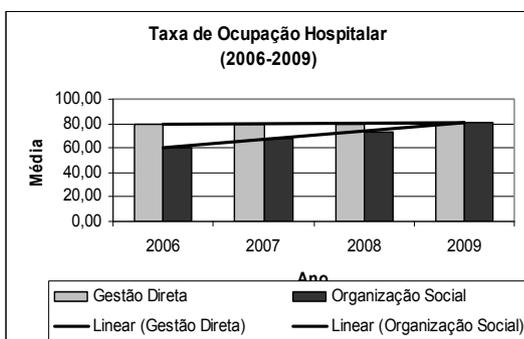


Gráfico 2.



Gráfico 3.

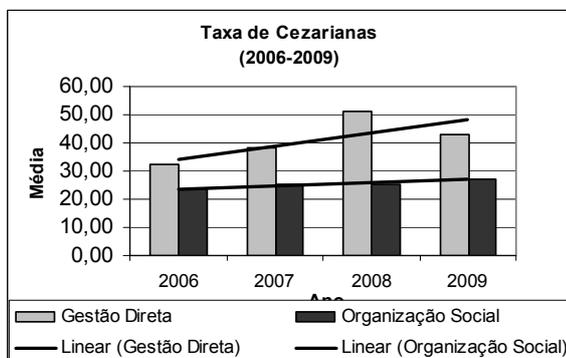
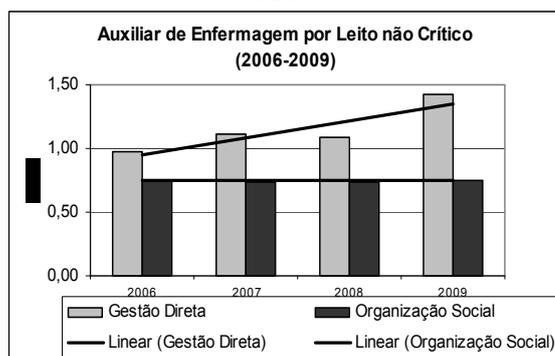


Gráfico 4.



Indicadores Assistenciais

P_64_2011 - Perfil de Pacientes Atendidos por um Grupo Hospitalar de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória

Eliandra da Silveira de Lima, Letícia Toss, Jesiel Ballerini, Maria Angélica Pires Ferreira

Resumo: O uso de medicamentos por via inalatória é a base do tratamento de doenças pulmonares obstrutivas. Dispositivos inalatórios dosimetrados são constantemente empregados tanto para o controle dos sintomas quanto de exacerbações, porém para que sejam eficazes a técnica inalatória deve ser correta. Baseado nisso, foi criado o Grupo de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória cuja principal proposta é otimizar a terapia farmacológica através da orientação de pacientes em uso de tais dispositivos. Deste modo, o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos pelo grupo permite o melhor planejamento de programas que visem a melhor adesão ao tratamento.

INTRODUÇÃO

O controle dos sintomas e prevenção de exacerbações de doenças pulmonares prevalentes, como asma e doença pulmonar obstrutiva crônica, é obtido através do uso de broncodilatadores e corticóides. A via preferencial para a administração desses fármacos é a inalatória, apresentando melhor benefício quando comparada a outras vias devido à ação direta sobre a mucosa respiratória, permitindo que seja alcançado efeito máximo com pequenas dosagens, além de diminuir a incidência de efeitos adversos, principalmente quando são empregados corticóides inalatórios.

Em relação à nebulização, os dispositivos inalatórios dosimetrados (DID) apresentam vantagens como o menor custo, tanto pelo menor preço para aquisição do aparelho quanto pela não necessidade de energia elétrica para seu funcionamento, além do menor consumo de medicamento para apresentar respostas semelhantes. Assim, a custo-efetividade a favor dos DID os tornam a escolha de primeira linha não só para uso ambulatorial como também hospitalar. Os DID mais utilizados no HCPA são o aerossol dosimetrado (spray), acoplado ou não a um espaçador, e o inalador de pó. Independente do dispositivo que for selecionado, a orientação do paciente quanto à técnica adequada é essencial, já que todos são eficazes desde que sejam utilizados corretamente. Problemas relacionados à má técnica de uso desses dispositivos são comuns em nível hospitalar e ambulatorial e podem prejudicar a eficiência do tratamento.

O simples treinamento e orientação de pacientes durante sua internação diminuem os custos e melhora desfechos clínicos. Estudo previamente realizado na instituição mostrou que o conhecimento da técnica era deficiente e a orientação dada pelo profissional de saúde na internação era escassa e ineficiente. Para tanto, o Grupo de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória (GOTTI) foi criado em 2008 com o objetivo de promover a adesão e o uso adequado de medicamentos inalatórios indicados para o tratamento de doenças respiratórias crônicas, e assim, promover o uso racional dos medicamentos e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. O grupo, além de promover atividades de capacitação para os profissionais da instituição, identifica pacientes internados em uso de dispositivos inalatórios dosimetrados e, após avaliação e diagnóstico da técnica e situação de adesão, orienta o próprio paciente, familiares e equipe sobre a técnica correta, dispositivo mais adequado para cada caso, necessidade de aerocâmaras, etc.

OBJETIVOS

Descrever o perfil dos pacientes e identificar fatores que possam contribuir para uma atuação mais efetiva do GOTTI na otimização da terapia inalatória.

JUSTIFICATIVA

A realização da técnica inalatória de maneira incorreta é comum entre os pacientes. Profissionais de saúde frequentemente têm dúvidas e deixam de orientar os pacientes a respeito do uso adequado dos medicamentos inalatórios. Para que o tratamento seja eficaz e se atinjam os objetivos assistenciais relacionados à terapêutica inalatória, a aprendizagem da técnica correta por estes é fundamental.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo. Estagiários, sendo estes acadêmicos de Ciências da Saúde, foram treinados para a orientação de técnica inalatória na aplicação de aerossóis dosimetrados, inaladores de pó, turbuhalers, handihalers e outros dispositivos inalatórios conforme eventual necessidade. Após a identificação de pacientes em uso de dispositivos inalatórios pelo sistema de prescrição informatizada do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ou solicitação de orientação por determinada equipe, os estagiários visitaram os pacientes à beira do leito para realizar a avaliação da técnica empregada. Em casos em que houve dúvida, o médico responsável pelo GOTTI revisou os casos. Quando o paciente não compreendia a orientação, o familiar responsável pela aplicação do medicamento em domicílio foi treinado.

Durante a visita à beira do leito, foi preenchido um formulário de coleta de dados com check-list de técnica inalatória, informações sobre dados antropométricos, nível de escolaridade, aspectos clínicos e técnica clínica. Esses dados foram incluídos em banco de dados para posterior análise através do Excel.

Após a orientação, uma ficha com check-list, orientação prestada e sugestões para equipe assistencial era incluída ao prontuário do paciente.

RESULTADOS

Durante o período de 31 de agosto de 2010 até 17 de janeiro de 2011, 76 pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre receberam orientação sobre a técnica correta de uso de dispositivos inalatórios. A média de idade dos pacientes foi de 63,8 anos, variando entre 20 anos e 89 anos. Destes, 81,5% tiveram doença respiratória como causa de internação.

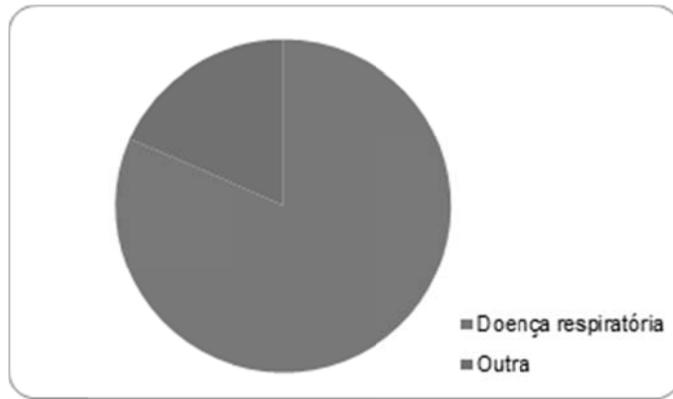


Gráfico 1: Motivo da internação dos pacientes orientados pelo GOTTI.

Dentre as doenças respiratórias, a mais frequente nas internações foi a doença pulmonar obstrutiva crônica, seguida da asma e outras doenças do trato respiratório. Onze pacientes apresentaram dois diagnósticos concomitantes de doença respiratória: 6 possuíam o diagnóstico de asma e doença pulmonar obstrutiva crônica; um apresentava asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e outra; 4 tinham o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica e outra. Três eram traqueostomizados, um possuía fenda palatina e 13 estavam fazendo uso de oxigenoterapia.

A maior parte dos pacientes estava internada sob os cuidados da especialidade de Medicina Interna, responsabilizando-se por 64,47% do total. Pneumologia e outras especialidades foram responsáveis por 31,57% e 3,94%, respectivamente.

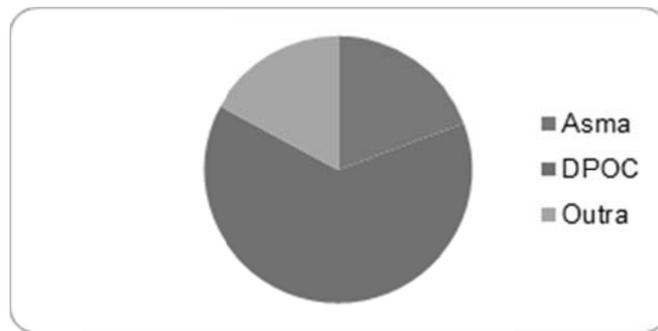


Gráfico 2: Diagnóstico de doença respiratória dos pacientes orientados pelo GOTTI.

Menos da metade dos pacientes orientados já haviam realizado espirometria previamente, totalizando 42,10%. À exceção de um paciente, todos apresentaram VEF1 pré-broncodilatador com valor inferior a 80% do previsto. A variação média entre o VEF1 pré-broncodilatador e pós-broncodilatador foi de 3,84%. A maior variação apresentava foi de 21% e a menor de -7,18%.

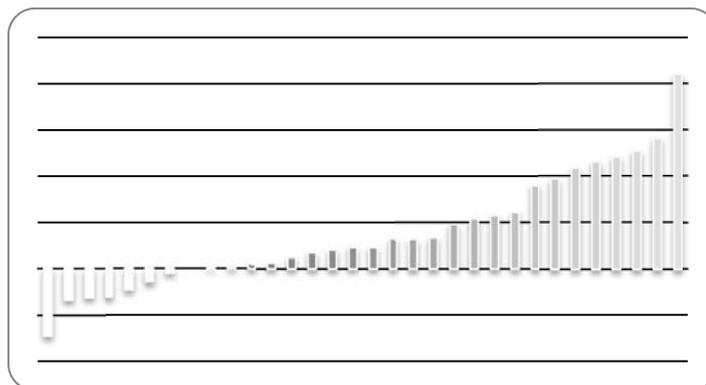


Gráfico 3: Variação do VEF1 pré-broncodilatador e pós-broncodilatador.

Quanto à escolaridade, 10,52% são analfabetos, 67,10% possuem ensino fundamental incompleto, 10,52% ensino fundamental completo, 6,57% ensino médio incompleto, 3,94% ensino médio completo e 1,3% ensino superior. A maioria dos orientados não possuía convênios, sendo dependentes do sistema público de saúde.

CONCLUSÕES

A maioria dos pacientes identificados como necessitando de orientação por parte do GOTTI foi de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. Foi observada elevada prevalência de idosos no grupo, e baixo nível de escolaridade. Esses fatores devem ser considerados ao se elaborar programas de orientação e estímulo à adesão ao tratamento inalatório nessa população.

Programas de orientação com linguagem simples e direta devem ser empregados, já que atingem todas as esferas da população, não deixando à margem os indivíduos com baixo nível de escolaridade, onde a carência de informação e dificuldades de acesso a ela são maiores.

Referências

- “Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) – Definição, Epidemiologia, Diagnóstico e Estadiamento”. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Volume 30 - suplemento 5 - novembro de 2004.
- “DPOC Estável – Broncodilatadores, Corticóides (Orais e Inalatórios), N-Acetilcisteína, Oxigenoterapia, Vacinação. Tratamento do Cor Pulmonale e da Hipertensão Pulmonar”. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. Volume 30 - suplemento 5 - novembro de 2004.
- MACIEL, PAOLA PANAZOLLO. Efeito da intervenção educativa sobre a técnica de administração de medicamentos inalatórios por profissionais de enfermagem. Porto Alegre, 2009.
- PEREIRA, LUIZ. Temas em revisão: Bases para a escolha adequada dos dispositivos inalatórios. *Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. 06/2007. Disponível em: http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/COM_ASMA/Rev_Dispositivos_Inalat_Dr_Luiz_Pereira.pdf. Acesso em: 24/01/2011.

Indicadores Assistenciais

P_65_2011 - Análise dos materiais disponibilizados aos usuários de um programa de assistência domiciliar

Daisy Maria Rizatto Tronchin, Giulliana Mayumi Miyashita, Elisabete Finzch Sportello, Marta Maria Melleiro

Objetivos: verificar o quantitativo de material despendido aos usuários do Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Universitário da USP e identificar as intercorrências no consumo. **Método:** casuística foram 421 solicitações de materiais em seis meses. Os dados foram coletados através de formulário, em agosto de 2010 e a análise segundo estatística descritiva. **Resultados:** a média de material foi de 70 solicitações/mês e por usuário de 4,89. Houve maior solicitação de usuários com idade > 18 anos, $p=0,008$. Do total das solicitações, 417 (99%) foram atendidas. **Conclusão:** o programa oferece quantidade expressiva de material, podendo ser considerado um serviço de excelência. **Descritores:** Administração de materiais, Qualidade de assistência à saúde, Enfermagem, Programa de Assistência Domiciliar.

Introdução

A gestão da qualidade nos serviços de saúde tem se pautado no atendimento das necessidades e expectativas dos usuários internos e externos tanto nos setores prestadores de serviços como nos de produção, nas esferas públicas ou privadas, repercutindo nos modelos gerenciais, nos processos de trabalho e na política de recursos econômicos, humanos e de materiais.

O conceito de qualidade é complexo, uma vez que detém inúmeros componentes de valoração subjetiva para atribuir uma conotação positiva a um produto ou serviço, visando atender ou superar as necessidades e as expectativas dos usuários.

De acordo com Mezomo (2001), a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o torna adequado à missão de uma organização concebida como respostas às necessidades e legítimas expectativas de seus usuários.

A qualidade em saúde é definida como conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo risco ao usuário, um alto grau de satisfação por parte dos mesmos, considerando-se os valores sociais existentes (Donabedian, 1988, 1992).

Nessa direção, a qualidade em saúde perpassa as diferentes modalidades de atenção. No que tange à assistência domiciliar constata-se que a disponibilidade de recursos materiais é vital para o êxito desse tipo de atendimento.

O serviço de assistência domiciliar é representado por atividades envolvendo a visita domiciliar, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. A primeira objetiva avaliar as necessidades do paciente, seus familiares e do ambiente onde vivem, para se estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação e para isso são realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio. A segunda compreende as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do paciente para realizar procedimentos mais complexos que exigem formação técnica para tal. Por fim, a internação domiciliar compreende as atividades assistenciais especializadas com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (Duarte e Diogo, 2000).

Dal Ben e Gaidzinski (2007) citam que, em termos de recursos materiais e equipamentos (2007), a complexidade na assistência domiciliar assemelha-se a dos hospitais, ressaltando que cada domicílio constitui-se em um hospital virtual.

Sob essa ótica, torna-se imperativo a adequada previsão, provisão, organização e controle dos recursos materiais, visando assistir com qualidade e otimizar custos. Assim, delineou-se, neste estudo, os seguintes objetivos:

- Verificar o quantitativo de material despedido aos usuários integrantes do Programa de Assistência Domiciliar de um hospital de ensino.
- Levantar as intercorrências relativas ao consumo de material fornecidos pelo PAD aos usuários.

Método

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa, com coleta retrospectiva de dados.

O local do estudo foi o Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (PAD-HU/USP).

O PAD-HU/USP foi implantado na referida instituição em 2000, sendo adotada como modalidade de atenção a assistência domiciliar.

A equipe de profissionais de saúde é constituída por cinco médicos (dois clínicos, dois pediatras e um psiquiatra), três enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga. Conta, também, com apoio de uma secretária e um motorista.

O PAD dispõe de uma previsão mensal de material, que é disponibilizado pelo almoxarifado do HU-USP e armazenado no serviço, em local destinado para tal.

O fornecimento de materiais e equipamentos aos usuários é realizado obedecendo-se o fluxo que se segue:

- A enfermeira avalia a necessidade de recursos materiais e equipamentos para o atendimento das necessidades de saúde dos usuários;
- Os familiares/cuidadores comunicam via telefone a necessidade e o tipo de material, 24 horas antes da retirada;
- A enfermeira separa os materiais solicitados, identificando-os com o nome do usuário;
- O material separado deverá ser retirado pela família/cuidador 24 horas após a solicitação;
- O registro de saída do material é anotado em impresso próprio.

O projeto foi aprovado pela Câmara de Ensino e Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP, protocolo 997/10, SISNEP CAAE – 0015.01.98.196-10. Atendendo às normas presentes na Resolução 196/96 que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996),

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2010, mediante consulta dos registros de materiais fornecidos aos usuários, no período de janeiro a julho de 2010.

Para tanto, elaborou-se um formulário, que foi empregado após a realização de pré-teste, no intuito de verificar sua aplicabilidade.

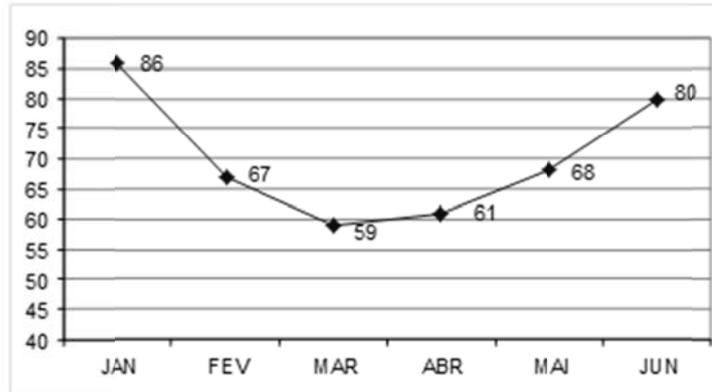
O formulário foi composto por duas partes. A primeira com dados sociodemográficos e clínicos dos usuários e a segunda relativa ao tipo de material solicitado.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica no programa Excel® e, posteriormente, tratados para análise estatística.

Resultados

Da caracterização dos 86 usuários solicitantes de material, 60,5% pertenciam ao sexo feminino, 78% encontravam-se na faixa etária acima de 60 anos, com média de idade de 67 anos e a maior parte era portador de patologias envolvendo os sistemas cardiovascular e neurológico.

Figura 1- Distribuição das solicitações de materiais no período de janeiro a junho de 2010. PAD, HU-USP, São Paulo, 2010



Pela análise da Figura 1 verificou-se que houve 421 solicitações e que a maior quantidade, 86, ocorreu no mês de janeiro e a menor, 59, no mês de março.

Ainda, em relação às solicitações de materiais, a média foi de 70 solicitação/mês, 4,89/usuários e os itens com maior número de pedidos foram 192 gaze estéril, 154 frasco de soro fisiológico, 124 soluções de aminoácido graxo essencial, 118 equipo de soro e 107 sonda de aspiração.

Tabela 1. Distribuição das solicitações de acordo com as faixas etárias. PAD, HU-USP, São Paulo, 2010

Faixa Etária	N	%	Média
≤18 anos	104	24,7	9,45
>18 anos e ≤59 anos	52	12,4	6,50
≥60 anos	265	62,9	3,96
Total	421	100	4,89

Teste Qui-quadrado $p=0,008$

A Tabela 1 mostrou que quanto à faixa etária 62,9% das solicitações foi realizada pelos usuários ≥60 anos e que a maior média, 9,45 ocorreu naqueles com idade ≤18 anos, com diferença estatística significativa $p=0,008$.

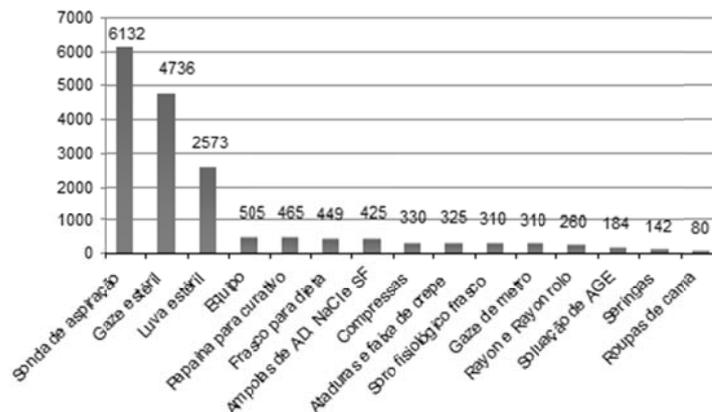


Figura 2 - Distribuição dos materiais segundo a quantidade despendida. PAD, HU-USP, São Paulo, 2010

De acordo com a Figura 2, foram despensas 6132 sondas de aspiração, seguidas de 4736 gaze e 2573 luvas estéreis

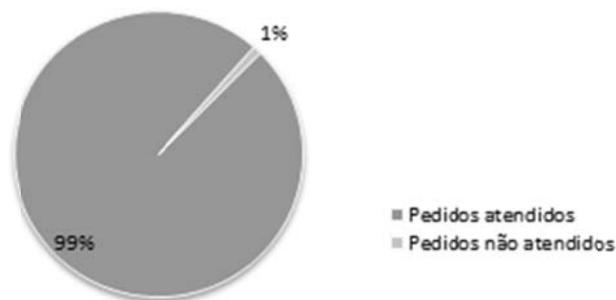


Figura 3 - Distribuição das solicitações de materiais segundo o atendimento dos pedidos. PAD, HU-USP, São Paulo, 2010

A Figura acima demonstrou que das solicitações 417 (99%) foram atendidas. Das 4 (1%) das não atendidas, todas foram decorrentes da falta do material no almoxarifado do referido hospital.

Na análise envolvendo o tempo entre a solicitação e a retirada do material pelo usuário, verificou-se que 60,3% das solicitações foram retiradas em menos de 24 horas e 24,9% entre 2 a 7 dias. Em 10,9% não havia registro da data de retirada. Assim, o tempo médio entre a solicitação e a retirada de material foi de 1,78 dias.

Conclusões

O gerenciamento de materiais é uma atividade meio na assistência à saúde e integrante da qualidade dos serviços.

Observou-se que houve elevado fornecimento de materiais para a realização de aspiração oro-traqueal, em virtude do percentual de patologias neurológicas.

Cabe salientar, a importância de reorientar os trabalhadores do serviço quanto ao registro da retirada do material, uma vez que em cerca de 10% dos casos não havia registro.

Constatou-se que PAD do HU-USP ofereceu quantidade expressiva de material de consumo aos usuários, em um curto espaço de tempo, podendo ser considerado na disponibilização de materiais.

Referências

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4 (2 Supl):15-25.

Dal Ben LW, Gaidizinski RR. *Home Care*: Planejamento e administração da equipe de enfermagem. São Paulo: Andreoli; 2007.

Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12): 1743-8.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica: In: White KL, Frank J org. *Investigaciones sobre servicio de salud: una antología*. Washington - (DC): OPAS; 1992. p. 382-404.

Duarte YAO, Diogo, MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. p. 3-17.

Mezomo JC. Gestão da qualidade em saúde: princípios básicos. São Paulo: Manole; 2001.

Acreditação

P_67_2011 - Implementação de Sistema de Qualidade no Centro de Excelência em Prótese e Implante (Cepi) Na FOU SP

Rosely Cordon, Carolina Aiko Yamachita, Alessandra Lima Rocha, Nilton Sesma, Dalva Cruz Lagana

Resumo: A importância da qualidade em serviços de saúde apresenta-se de forma significativa na literatura, porém, pouco ainda é conhecido para a área da Odontologia. A implementação do sistema de Qualidade e Acreditação no CEPI demonstrou a sua aplicabilidade, obtendo como resultados, melhor direcionamento de suas ações, otimizando o desenvolvimento técnico, da pesquisa, ensino, extensão e notável motivação de seus integrantes

Palavras-chave: qualidade em odontologia, acreditação odontológica, gestão em odontologia

INTRODUÇÃO

O Centro de Excelência em Prótese e Implante - CEPI, criado em meados do primeiro semestre de 2009, localizado no Departamento de Prótese da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), tem como missão, solucionar casos complexos de reabilitação oral, com baixo custo, contribuindo assim, para a devolução integral da saúde do paciente proporcionando seu bem estar físico, psíquico e social.

Este centro congrega Professores do Departamento de Prótese, alunos de graduação e pós graduação, como também, Profissionais externos a esse, especialistas nas mais diversas áreas da Odontologia, interessados no desenvolvimento de competências e habilidades para a reorganização do sistema estomatognático, planejando e executando terapêuticas multidisciplinares, visando o aprimoramento técnico e científico dos seus integrantes, alinhando pesquisa, ensino e extensão,

O principal objetivo é formatar o CEPI dentro dos princípios da qualidade e dos conceitos da *Acreditação*, com as devidas adaptações, sendo que o modelo inicialmente adotado é o da ONA - *Organização Nacional de Acreditação*, levando em consideração que, no momento atual, nada existe sobre Sistemas de Qualidade e Acreditação aplicados para a Odontologia.

A *Acreditação* é um dos métodos de avaliação dos recursos das organizações de saúde, voluntário, periódico e reservado, que visa garantir a qualidade da assistência por meio de padrões pré-estabelecidos.

OBJETIVO

Inserir o CEPI, dentro dos princípios da qualidade e dos conceitos da Acreditação, dando início a um instrumento de gerenciamento que assegura a todos os participantes, clientes internos e externos, que os cuidados e os benefícios estarão sendo maximizados e, os riscos, minimizados.

JUSTIFICATIVA

Bittar, O.J.N.V. (1999) assinala que no caso específico dos serviços hospitalares, o sistema de saúde é dividido em 4 grandes áreas: infra-estrutura; ambulatório e emergência; internação clínica-cirúrgica e complementar de diagnóstico e tratamento. Cada uma possui características próprias quanto aos processos empregados para a obtenção de resultados. Essas áreas, por sua vez, são subdivididas em sub áreas.

Observa-se que o Modelo de Bittar pode perfeitamente ser empregado na Odontologia, dado que, em um processo de saúde, independente da área, pode ser dividido em processos aplicados diretamente ao paciente e aos processos que servem de suporte ao atendimento ao paciente, sempre objetivando a melhora contínua.

A Medicina, assim como a Odontologia, apresenta elevado número de processos ou procedimentos e, para que eles sejam realizados, por vezes torna-se necessário outros procedimentos complementares, elevando ainda mais o número desses procedimentos. Dessa forma, há maior dificuldade de exercer controle, aprimoramento, e apresentar-se diferenciado em relação à redução de custos.

Nesta fase difícil em que se encontram os serviços de saúde em todo o mundo, principalmente em países emergentes, a implantação de programas de qualidade e, conseqüentemente, a certificação ou acreditação decorrente, reveste-se de grande importância na medida em que proporcionará uma diminuição nos índices de custos e morbi-mortalidade, atingindo uma maior parcela da população com maior satisfação e provedores de cuidados (Bittar, 1999).

Diante deste panorama é imprescindível que haja um posicionamento profissional para definir o perfil do cliente, o público alvo, tendo a ciência de que para melhor atendê-lo existem influências de fatores dos meios externo e interno, sendo que no externo as variáveis são incontroláveis, ao passo que no meio interno essas podem e são controladas pelos indivíduos componentes da equipe.

Essas variáveis do meio interno contemplam: o produto que é o serviço prestado nas diferentes áreas; os indivíduos que compõem o time; o local e o estabelecimento onde o serviço é prestado; o valor ou preço do serviço prestado à determinada comunidade e a comunicação tanto interna como externa, sendo fatores que dependem exclusivamente dos recursos humanos: das pessoas (Caproni, R. 2010).

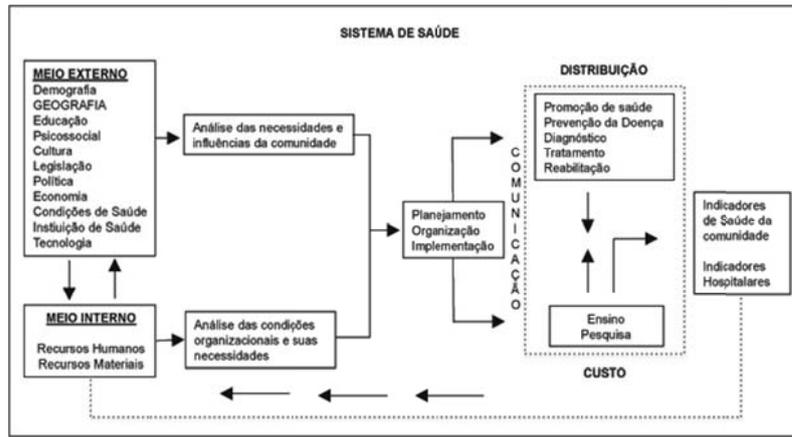


Figura 1 - Modelo de Bitar

A globalização compele a adotar a um comportamento que, de acordo com a OPAS (1992), deve considerar as macro tendências e desafios na saúde, observando que população que cresce, se urbaniza, envelhece e a longevidade aumenta; grandes conquistas que reforçam o campo da saúde; perfil epidemiológico misto e complexo; processos de reforma setorial em fase de transição; pobreza e desigualdades socioeconômicas crescentes.

Outro aspecto a ser observado é ter uma visão da saúde como sendo uma questão de segurança humana e comunitária da mesma forma que se trata de uma questão de política externa, quanto aos aspectos de sobrevivência e competitividade. Há questão de macroeconomia, relacionada à sustentabilidade como também a questão de comprometimento com o meio ambiente, com os direitos humanos, o comprometimento social e a formação da cidadania; o bem público global.

MÉTODOS

A introdução do significado da palavra “excelência”, iniciou a reestruturação dos trabalhos no CEPI, tendo como ponto de partida o estabelecimento dos princípios da qualidade (tabela 2 abaixo) explicados a todos os participantes, que aos poucos foram tendo contato e conhecimento dos conceitos, emitido por Donabedian (1978): “O objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência e, o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos”.

A tabela visualizada na figura 2, expõem os 10 princípios da Qualidade emitidos por Deming (1982)

SATISFAÇÃO DOS CLIENTES Atendimento ao cliente Conhecimento dos clientes Avaliação sistemática dos clientes Parceria com o cliente Superação de expectativa Comparação de desempenho com os concorrentes	GERÊNCIA DE PROCESSOS Cadeia cliente/ fornecedor Mensuração através de indicadores Integração de processos
GERÊNCIA PARTICIPATIVA Incentivo à manifestação de idéias e opiniões Compartilhamento de informações Participação nas decisões Estímulo à formação de times da qualidade Atitudes do gerente: liderança para orientar e facilitar as atividades	DELEGAÇÃO Descentralização Autonomia para a tomada de decisão Decisão onde está a ação
DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS Valorização do ser humano Capacitação para o trabalho Educação Motivação no trabalho Satisfação com o trabalho Convergência de ações	DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES Conhecimento do negócio, missão, propósito, estratégia e planos Troca de informações com o meio exterior Sistema interno de difusão das informações Credibilidade da informação Fluxo de informação rápida e constante Transparência da organização
CONSTÂNCIA DE PROPÓSITOS Persistência Continuidade Coerência nas atitudes e práticas Planejamento estratégico Alinhamento	GARANTIA DA QUALIDADE Ações sistemáticas e planejadas Estabilidade nos processos e rotinas Confiabilidade - certificação Formalização do processo Garantia da Qualidade em serviços
APERFEIÇOAMENTO CONTÍNUO Predisposição para melhorias Inovações Fixação de novas metas (desafios) Uso de novas tecnologias Utilização de indicadores de desempenho	NÃO ACEITAÇÃO DE ERROS Não se conformar com o erro Definição do certo Atitude preventiva Custo da qualidade

Figura 2 - Os 10 princípios da Qualidade – Deming (1982)

Na busca da qualidade, Juran (1991), diz que é a adequação ao uso através da percepção das necessidades dos clientes, isto é, a capacidade de promover a satisfação de uma necessidade, de forma adequada às preferências do usuário.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1999) a busca por inovações de produtos e serviços para se manter em um mercado extremamente competitivo que é a área da saúde e, segundo Adami et al, (2006) a globalização econômica, a produção e a difusão técnico-científica, o progresso da ciência, avanços da informática, aumento dos custos, exige modificações constantes no sistema de saúde.

Labbadia et al (2004) afirmam que a busca pela melhoria da qualidade assistencial tornou-se um fenômeno universal, sendo atualmente uma necessidade para garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços, onde a garantia da assistência na saúde é vista como instrumento da gestão de serviços de saúde necessário para mensurar os esforços da organização, qualidade de serviços prestados, bem como sua utilidade e relevância social.

Diversas mudanças visando principalmente à melhoria da qualidade da assistência é uma busca constante das instituições hospitalares que está se refletindo em todos os ambientes que cuidam da saúde, onde os grandes avanços tecnológicos impulsionam a constante reestruturação (Matos et al, 2006).

Um caminho para resolver estas questões, onde a Odontologia faz parte da integralidade da saúde é a implantação de Sistemas de Qualidade adequados e, almejar um processo de Acreditação.

A importância desse processo está principalmente fundamentada por fatores como a busca voluntária da qualidade; a educação da direção e corpo funcional; o processo de construção de equipes e ser um instrumento de gerenciamento, muito mais do que normas a seguir educando sempre e continuamente a todos, clientes internos e externos.

No Brasil as organizações acreditadoras e certificadoras, são: ONA- *Organização Nacional de Acreditação*; CBA- *Consórcio Brasileiro de Acreditação*; PNQ- *Prêmio Nacional de Qualidade*, onde cada qual tem seus princípios e normas específicas (Manzo, B.F.,2009).

Para a implantação do Sistema de Qualidade no CEPI, deu-se preferência às normas da ONA, porque esta tem como funções:

- Coordenar o Sistema Brasileiro de Acreditação;
- Definir sistemática de avaliação;
- Elaborar padrões de qualidade;
- Capacitar multiplicadores e facilitadores.

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, tendo como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo com vista a permanente melhoria da qualidade de assistência (ONA, 2000). Segundo Antunes (2002), a missão da ONA é a promoção de um processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência na área da saúde no Brasil. Ela é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de Acreditação realizado pelas instituições acreditadoras.

As empresas acreditadoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que têm a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional (Feldman *et al*, 2005).

A ONA divide suas ações em três níveis, o que facilita a compreensão e visualização, sendo um dos motivos pelos quais foi escolhida, por ser de fácil implementação, a partir do princípio que nada existe aplicado na Odontologia a este respeito e, para os membros da equipe que não estão habituados ao processo de Acreditação.

Nível 1: tem como base as leis vigentes no Brasil, principalmente da Vigilância Sanitária, englobando elementos para se ter um serviço de saúde adequado. São eles:

Biossegurança	Riscos relacionados à responsabilidade civil
Estrutura	Riscos sanitários
Evento adverso	Segurança
Evento adverso grave	Humanização da atenção ao cliente/paciente
Gerenciamento de Risco	Profissional capacitado
Riscos ambientais	Profissional habilitado
Riscos ocupacionais	Clientes externos
Riscos relacionados à biossegurança	Clientes internos
Riscos relacionados às infecções	

Nível 2 : os fatores de destaque relacionados a este nível são:

Educação continuada
Treinamento continuado
Procedimento
Impacto
Processo

Nível 3: os fatores de destaque relacionados a este nível são:

Análise crítica	Perspectiva da sociedade
Causa/ Efeito	Perspectiva de pessoas
Comparação com referenciais externos pertinentes	Perspectiva dos clientes
Correlação	Perspectiva dos processos
Desempenho	Perspectiva financeira
Indicadores	Melhoria contínua
Interação sistêmica	Tendências
Perspectivas de medição	Estratégias
Perspectiva da inovação e desenvolvimento	

A partir das definições da ONA tendo como base os princípios da qualidade preconizados por Deming (1982), foi estabelecido no CEPI, o início do processo pela confecção de manuais para o profissional, estagiários e para pacientes; fichas de atendimento clínico para gerar indicadores, e relatórios futuros; padronizações as mais diversas, desde uniformes, ficha de anamnese, ficha clínica, protocolos de fotografias, análise de estética, protocolos de atendimento, materiais e procedimentos clínicos; além do gerenciamento e acompanhamento das pesquisas desenvolvidas no centro, integrando profissional com alunos estagiários, facilitando o planejamento, organização, coordenação, direção e avaliação no controle de programas e serviços de promoção à saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa.



Figura 3 - Esquema Piramidal – ONA tendo como base os Princípios da Qualidade adequando para a Odontologia

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Diante da perspectiva de mudança, tanto no âmbito da Odontologia quanto da realidade dos serviços de saúde, a gestão, sob a ótica da qualidade, torna viável e factível o melhor uso dos recursos para atingir os objetivos.

O conhecimento dessa percepção possibilita a elaboração de uma caracterização do serviço prestado, permitindo a avaliação pela organização, por meio da aplicação de critérios de excelência, o conhecimento detalhado do seu desempenho.

Pode-se perceber nitidamente que após o conhecimento dos princípios da qualidade, obteve-se mudanças no comportamento dos integrantes do CEPI como por exemplo, o aumento da motivação pessoal, maior participação e integração de todos, assim como, melhor produtividade das atividades desenvolvidas.

Foi realizada uma divisão em 4 áreas: pesquisa, clínica, extensão, divulgação e qualidade, cada uma com seu respectivo coordenador e colaboradores; obtendo dessa maneira maior foco, com o estabelecimento de metas e reuniões periódicas. O objetivo desse estudo ainda está em andamento, na medida em que novas adaptações tornam-se necessárias a cada passo.

Demonstrou-se, portanto que a implementação do sistema de qualidade e formatação em forma da Acreditação pela ONA, no Centro de Excelência em Prótese e Implante - CEPI - na FOU SP, reveste-se de grande importância à medida que, sob um processo contínuo, têm obtido resultados satisfatórios, demonstrando que a gestão integrada pela qualidade e produtividade tornou-se incontestavelmente uma necessidade para qualquer organização.

Referências

- ADAMI, N. P.; D INNOCENZO, M.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasil Enfermagem*, São Paulo, v. 59, n. 1, p. 84-89, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>>.2009.
- ANTUNES, L. M. *Implantação do processo de Acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA*. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- BALLESTERO-ALVAREZ, Maria Esmeralda. *Administração da qualidade e da produtividade*. São Paulo: Atlas, 2001.
- Bittar, O.J.N.V., *Hospital: qualidade & Produtividade*. Savier. São Paulo, 1997.
- Bittar, O.J.N.V., *Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde*. Ver. Ass. Med. Brasil 1999; 45(4): 357-63.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999.
- Caproni, R. Apostila curso de MBA Compacto. Setembro /2010
- Deming, W.E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro. Marques, Saraiva 1982.
- Donabedian, A. *The Quality of Medical Care*. Science 200, 1978.
- FELDMAN, B. F.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002005000200015&script=sci_arttext>.
- JURAN, J.M., *Planejando para a Qualidade*. São Paulo. Editora Pioneira. 1992.
- LABBADIA, L. L. *et al*. O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr. 2004.
- Manzo, B.F. *O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais da saúde*. Dissertação apresentada ao curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. 2009.
- Manual de acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. Washington D.C., Organização Pan-americana de Saúde, 1998.
- MATOS, S. M. *et al*. Um Olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de Acreditação. *Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 418-424, out./dez. 2006.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. *A saúde no Brasil: agora tem um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade*. Brasília (DF): 2000.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Garantia de qualidade: Acreditação de hospitais para América Latina e o caribe*. Brasília: OPAS/OMS/Federação Latino-Americana de Hospitais, 1992.
- SUMANTH, David J. *Productivity Engineering and Management*. McGraw Hill, Inc, 1994.
- TAKASHINA, Newton T.; FLORES, Mario C. *Indicadores da qualidade e do desempenho*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

Qualidade e Segurança

P_68_2011 - Construção de uma Diretriz Assistencial para a Segurança do Paciente no Transporte Intra-Hospitalar

Joyce dos Santos Barro, Fabiana Dias da Silva

1 INTRODUÇÃO

O transporte de pacientes é um tema discutido há mais de 1800 anos, visto que há escritos sobre ele no Novo Testamento. No entanto, o que mais impressiona é que o meio de transporte daquela época não difere muito das macas atuais: Com o advento da II Guerra Mundial na década de 40, é que se percebeu uma evolução no atendimento pré-hospitalar dos pacientes e no transporte inter-hospitalar, principalmente, nas remoções aéreas dos feridos, porém, a mesma evolução não se notou no transporte intra-hospitalar⁽¹⁾.

O transporte de pacientes se faz necessário sempre que o mesmo precise de cuidados adicionais, tais como: realização de testes diagnósticos (tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, cateterismo cardíaco, angiografias e outros), para intervenções terapêuticas (como para o Centro Cirúrgico), avaliação por especialistas não disponíveis no local onde o paciente se encontra, internação em Unidades de Terapia Intensiva. (2, 3 e 4).

Assim, o transporte de pacientes pode se dar intra ou inter-hospitalar, sendo que ambos os transportes devem estar baseados na avaliação dos benefícios potenciais, ponderados perante os riscos também potenciais (2).

As complicações durante o transporte de pacientes podem se dar em função da falta de treinamento, de qualificação e de comprometimento da equipe de transporte e, também, da seleção inadequada dos equipamentos. Embora alguns riscos sejam inerentes ao transporte, é necessário que haja um planejamento prévio desse procedimento com intuito de reduzir tais complicações. Para oferecer um transporte seguro, é necessário garantir que o paciente chegue a seu destino com suporte de equipamentos e recursos humanos iguais às do seu local de origem. (2, 3 e 4)

Sendo assim, o transporte de pacientes intra-hospitalar só é realizado de maneira segura e rápida quando há recursos materiais adequados e eficiência da equipe de transporte. Tendo em vista o alto risco que o transporte intra-hospitalar oferece à vida do paciente, ele deve ser considerado como mais uma atribuição do médico e da equipe de enfermagem (1, 2, 5 e 6).

Há quatro tipos principais de transporte intra-hospitalar de pacientes, a saber: (2 e 3).

1. Transporte, sem retorno do paciente, para fora da área de tratamento intensivo, como Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Sala de Atendimento de Emergência e Sala de Recuperação Anestésica: envolve a transferência de pacientes com maior estabilidade hemodinâmica, ou seja, é um transporte cujas complicações são menos frequentes. Cuidados durante esse tipo de transporte: evitar obstrução da via aérea por secreções, mantendo-a sempre permeável, evitar diminuição da capacidade ventilatória e fornecer oxigênio suplementar, se necessário. Geralmente, é necessária apenas a presença de dois membros da equipe de enfermagem nesse tipo de transporte (2 e 3).

2. Transporte de paciente para uma área de cuidados intensivos (Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico): envolve o transporte de pacientes críticos da Sala de Emergência ou da Unidade de Internação para uma área de cuidados intensivos. Tal transporte deve ser realizado, preferencialmente, após ressuscitação inicial e estabilização do paciente. Sendo os cuidados durante o transporte uma extensão dos cuidados iniciais: monitorização dos parâmetros vitais, evitar deslocamentos de tubos endotraqueais e cateteres e, principalmente, evitar a hipóxia. Como há, nesse transporte, a necessidade da monitorização dos parâmetros hemodinâmicos e da correção das possíveis alterações dos mesmos, é obrigatória a presença de um médico e de um enfermeiro, além de um técnico de enfermagem (2 e 3).

3. Transporte de paciente da Unidade de Terapia Intensiva ou Sala de Emergência para o Centro Cirúrgico com retorno para a Unidade de Terapia Intensiva: envolve a transferência de um paciente crítico para a realização de um procedimento cirúrgico. Durante o percurso e no Centro Cirúrgico há a necessidade da manutenção dos cuidados necessários a um paciente crítico como descrito no transporte anterior (2).

4. Transporte de paciente da Unidade de Terapia Intensiva ou Sala de Emergência para Centro Diagnóstico com retorno à Unidade de origem: envolve a transferência de um paciente crítico para a realização de um procedimento diagnóstico como Tomografia Computadorizada. Durante o percurso e no Centro Diagnóstico há a necessidade da manutenção dos cuidados necessários a um paciente crítico como já descrito anteriormente (2).

Dessa maneira, é imprescindível que todos os profissionais que integram a equipe de transporte tenham experiência em cuidados intensivos e que sejam treinados em ressuscitação cardiopulmonar, pois, transportar paciente intra-hospitalar representa o compromisso da equipe em preservar a vida (1, 2, 3 e 5).

Assim, este estudo tem como finalidade subsidiar a construção da diretriz assistencial, e os programas de treinamento e desenvolvimento a serem elaborados para capacitação da equipe multiprofissional, com vistas a minimizar as complicações potenciais durante o transporte intra-hospitalar de pacientes, garantindo um transporte seguro para o cliente.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivos identificar na literatura recomendações sobre transporte de pacientes adultos em ambiente hospitalar; construir uma diretriz assistencial baseada nas recomendações encontradas na literatura.

3 MÉTODO

Para a elaboração da presente revisão bibliográfica da literatura foram percorridas as etapas de definição da pergunta de pesquisa, determinação dos critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra), análise dos resultados e discussão e apresentação dos mesmos.

Para o norteamento dessa pesquisa formulou-se a seguinte pergunta: quais as recomendações existentes na literatura para o transporte intra-hospitalar de pacientes adultos?

Para a seleção dos artigos foram utilizadas todas as bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cujo endereço eletrônico é www.bireme.br e as teses disponíveis na Biblioteca da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Os critérios de inclusão dos artigos para essa revisão bibliográfica foram: artigos publicados nos idiomas inglês, espanhol ou português, com título e resumo disponíveis nas bases de dados pesquisadas e artigos referentes à pacientes adultos, maiores de 18 anos.

As palavras-chaves utilizadas foram: transporte de pacientes e intra-hospitalar.

Foram encontrados 73 artigos, desses, apenas sete não possuíam resumo, um artigo se repetiu na pesquisa bibliográfica, 40 tratavam de transporte extra-hospitalar, oito relacionavam-se a transporte de crianças e 11 não estavam relacionados com transporte intra-hospitalar. Dessa maneira, apenas seis obedeciam aos critérios de inclusão e relacionavam-se com a pergunta eixo da pesquisa.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Estudos evidenciam que o transporte intra-hospitalar envolve uma série de riscos ao paciente, como mostrou um estudo realizado com 50 pacientes portadores de doença cardíaca aguda submetido ao transporte intra-hospitalar com monitorização do traçado eletrocardiográfico, em que 84% dos pacientes apresentaram algum tipo de arritmia, sendo que 44% destes apresentaram arritmias com indicação de tratamento de emergência. Também foram descritas oscilação na pressão arterial e parada cardíaca (1 e 5).

Já as alterações respiratórias são vistas, mais frequentemente, nos pacientes com via aérea artificial e ventilação pulmonar mecânica. O grupo de pacientes com maiores chances de deterioração do quadro clínico, durante o transporte, são aqueles com falência respiratória e baixa complacência pulmonar, que necessitaram de pressão positiva do final da expiração (PEEP) durante a ventilação pulmonar mecânica (2 e 5). Essa ocorrência deve-se à utilização frequente, durante o transporte, de ventilação manual (AMBU) o que pode resultar em colapso alveolar, hipoventilação e diminuição da saturação periférica de oxigênio arterial (2). O desequilíbrio ácido-básico causado por hiperventilação ou hipoventilação não intencional também foi observado nos pacientes ventilados manualmente (2). Também entre as alterações respiratórias encontram-se aspiração brônquica e obstrução das vias aéreas e a parada respiratória (1, 2 e 5).

Uma das alterações neurológicas durante o transporte intra-hospitalar descritas nos estudos está relacionada à hiperventilação não intencional que pode levar ao aumento da pressão intracraniana (PIC). A condição neurológica pode ser ainda mais agravada por alterações cardiopulmonares, tais como arritmias, hipoxemia, acidose e hipertensão ou hipotensão arterial (1 e 5).

Sendo assim há a necessidade da equipe multiprofissional avaliar o risco-benefício do transporte do paciente grave, tendo em vista a indicação do mesmo faz-se necessário a verificação da existência de monitorização do paciente e de equipamentos necessários para a realização do transporte, como: monitor cardíaco, leitor de pressão manual, estetoscópio, material para intubação endotraqueal e ressuscitação manual, fonte de oxigênio com capacidade previsível para todo o transporte e reserva adicional, ventilador portátil, bomba de infusão e fármacos de ressuscitação: adrenalina, lidocaína, atropina e bicarbonato^(1 e 2).

As principais intercorrências relacionadas aos equipamentos são: desconexão da leitura do eletrocardiograma, desconexão do aparelho de ventilação pulmonar mecânica, falha no aparelho de ventilação pulmonar mecânica, falha do monitor cardíaco ou término da bateria ou desconexão de eletrodo, dificuldade no manuseio da maca devido à problemas nas rodas, entre outras^(1, 2 e 5).

Em relação às recomendações sobre transporte de pacientes adultos em ambiente hospitalar, observou-se nos artigos que compõem a amostra que o transporte intra-hospitalar de pacientes deve ser uma ação planejada e organizada, sendo a instituição de uma diretriz assistencial uma das melhores saídas.

Um dos fatores determinantes da qualidade dos cuidados durante o transporte é o treinamento e a eficiência da equipe de transporte. Os equipamentos para monitorização são importantes e sua miniaturização tem resolvido muitos problemas relacionados à falta de espaço, sendo também menos susceptíveis aos artefatos de movimento.

O transporte intra-hospitalar pode se iniciar com uma fase preparatória em que há uma coordenação e comunicação pré-transporte, certificando-se que o local de destino do paciente esteja pronto para recebê-lo e que os elevadores, por exemplo, estão disponíveis. Quanto à equipe de transporte, a quantidade de pessoas que participarão dependerá da gravidade do paciente e do número de equipamentos que ele necessita. Podem fazer parte da equipe de transporte, o médico, o enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem e fisioterapeuta. É necessária a presença de médico e do enfermeiro durante o transporte de pacientes graves, ou seja, pacientes com vias aéreas artificiais, instabilidade hemodinâmica, uso de drogas vasoativas e presença de monitorização invasiva. Depois de realizado o transporte é importante documentá-lo, o uso de impressos específicos facilita esse procedimento.

Diretriz Assistencial para Transporte Intra-Hospitalar

4.1.1 Abrangência

Essa diretriz destina-se a todas as áreas do Departamento de Enfermagem.

4.1.2 Condutas

Decisão de transportar o paciente pela equipe multiprofissional, avaliando os risco e benefícios para o paciente.

Avaliação da gravidade do paciente.

Paciente Grave

- Avaliar o local que irá receber o paciente quanto à distância e se o mesmo possui condições de receber este paciente;
- Transportar o paciente na maca de transporte;
- Selecionar os equipamentos que irão junto ao paciente, como: monitor cardíaco, leitor de pressão manual, estetoscópio, material para intubação endotraqueal e ressuscitação manual, fonte de oxigênio com capacidade previsível para todo o transporte e reserva adicional, ventilador portátil, bomba de infusão e fármacos de ressuscitação: adrenalina, lidocaína, atropina e bicarbonato;

- Selecionar a equipe de transporte, que serão no mínimo duas pessoas sendo o médico e um técnico de enfermagem, ou o médico e uma enfermeira;

- Monitorização na saída do local de origem e durante o transporte, das medidas hemodinâmicas como: PVC, PAM e PA;

- Monitorização respiratória como: SatO₂, FR e análise geral dos gases (PCO₂, PO₂);

- Efetuar a passagem de plantão sobre as condições clínicas do paciente à equipe receptora;

- Documentar o transporte quanto às condições em que o paciente deixou a unidade de origem, relatando os equipamentos em uso, o tipo de procedimento que será realizado com o mesmo, anotar a evolução do transporte e se durante o mesmo houve alguma intercorrência e se houve, o que foi feito para revertê-la. Ao retornar à unidade de origem relatar as condições gerais do paciente e seus parâmetros vitais.

4.1.2.2 Paciente Não Grave

- Escolher o meio de transporte, com base no exame ou procedimento que será realizado com o mesmo, e se este possui alguma debilidade física que contra - indique o uso de cadeira de rodas;

- Exames ou procedimentos realizados com sedação, obrigatoriamente, o paciente deverá ser levado de maca de transporte, por no mínimo dois técnicos de enfermagem;

- Exames ou procedimentos que não necessitam de sedação, e se o paciente possuir condições físicas, deverá ser levado de cadeira de rodas, por apenas um técnico de enfermagem;

- Pacientes acamados sempre serão transportados de maca, por, no mínimo, dois técnicos de enfermagem;

- Efetuar a passagem de plantão sobre as condições clínicas do paciente à equipe receptora;

- Documentar o transporte quanto às condições em que o paciente deixou a unidade de origem, relatando os equipamentos em uso, o tipo de procedimento que será realizado com o mesmo, anotar a evolução do transporte e se, durante o mesmo houve alguma intercorrência e se houve o que foi feito para revertê-la. Ao retornar à unidade de origem relatar as condições gerais do paciente e seus parâmetros vitais.

Recomendações

- Providenciar uma manutenção adequada de todos os equipamentos que deverão ser utilizados no transporte de pacientes intra-hospitalar, como: verificar se torpedão de oxigênio esta repleto, se os ventiladores mecânicos portáteis estão funcionando adequadamente, se as baterias das bombas de infusão estão carregadas, assim como dos outros aparelhos que exijam baterias pra funcionarem, se todas as drogas de ressuscitação cardíaca estão dentro do prazo de validade, se os materiais de intubação endotraqueal estão completos, se o monitor cardíaco funciona adequadamente, se a maca está em condições de uso, assim como a cadeira de rodas;

- Avaliar o local de destino, procurando sempre percorrer o menor caminho com o paciente e garantindo que o elevador estará esperando no andar desejado;

- Garantir um aperfeiçoamento constante da equipe que realiza o transporte intra - hospitalar, para que esta saiba agir diante de qualquer intercorrência que possa haver durante o transporte do paciente.

Resultados Esperados

Identificação dos riscos do transporte ao paciente;

Implementar medidas que garantam um transporte seguro, oferecendo condições ao paciente iguais ou semelhantes, às que possuía em sua unidade de origem, minimizando as possibilidades de intercorrências.

Indicadores de Monitorização

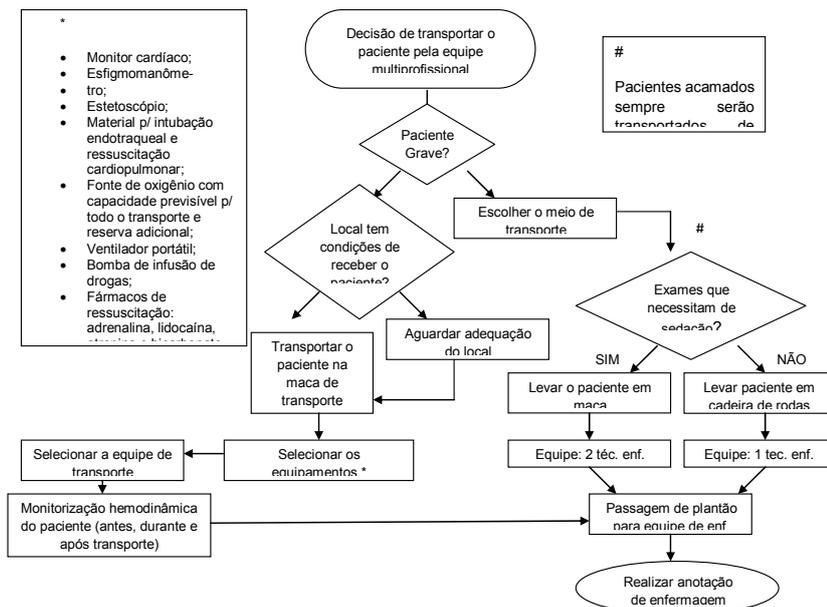
Notificação obrigatória das intercorrências durante o transporte intra-hospitalar de pacientes;

Auditoria de prontuários acerca da prática dessa diretriz.

5. Considerações Finais

A presente revisão bibliográfica, na busca da melhor evidência disponível, acerca do transporte intra-hospitalar de pacientes adultos, entende que o transporte de pacientes é uma atividade complexa e que está se expandindo no meio hospitalar. Existe uma série de passos para o planejamento e a adequada execução do transporte, antevendo as necessidades e riscos para o paciente, minimizando, dessa forma, os erros e tornando o transporte mais eficiente.

Fluxograma da Diretriz Assistencial



Referências

1. Ferreira GMM. Transporte intra-hospitalar do paciente grave; proposta de sistematização (monografia). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
2. Júnior GAP, Nunes TL e Filho AB. Transporte do paciente crítico. Medicina Intensiva, Ribeirão Preto, 2001; 34: 143-153.
3. Warren J, Jr RAF, Orr RA, Rotello LC, Horst M. Guidelines for the inter and intra hospital transport of critically ill patients. Crit Care Med 2004; 32 (1): 256-262.
4. Mackintosh M. Transporting critically ill patients new opportunities for nurses. Nursing Standard 2006; 20 (36): 46 – 48.
5. Hurst JM, Kenneth D, Johnson DJ, Branson RD, Campbell RS, Branson PS. Cost and complications during in-hospital transport of critically ill patients: a prospective cohort study. The Journal of trauma, Printed. 1992; 33(4): 582-585.
6. Szem JW, Hydo LJ, Fischer E, Kapur S, Klemperer J, Barie P. High-risk intrahospital transport of critically ill patients: safety and outcome of the necessary “road trip”. Critical Care Medicine 1995; 23 (10): 1660 – 1666.

Qualidade e Segurança

P_70_2011 - Uso de indicadores para monitoramento da qualidade da assistência, do gerenciamento de risco e de eventos adversos em um Hospital de Recife/PE.

Flávia Cristina Morone Pinto, Luzia Celeste Saboia Feitosa, Sergio de Holanda Cavalcanti, Mauricéa Vieira de Melo Dutra, Viviane Nunes Lucena Costa, Alexandro de Santana Muniz, George da Silva Santos

Resumo: Segurança e qualidade referem-se à obtenção de maiores benefícios e redução dos riscos para o paciente. O objetivo deste estudo foi mapear e avaliar os indicadores de riscos e eventos adversos em um Hospital de Recife/Pernambuco. Estudo descritivo com abordagem quantitativa, baseado nos indicadores de segurança do paciente relativos à assistência, aspectos administrativos e gerenciamento de risco. Os resultados indicam que 66% dos indicadores já foram aplicados, 29% ainda não foram e 5% estão em teste. A segurança do paciente é uma responsabilidade institucional que deve ser compartilhada com os colaboradores.

Palavras-chave: Eventos adversos. Eventos Sentinelas. Gerenciamento de Risco. Segurança do Paciente.

1. Introdução

Com o movimento global atual sobre segurança na área da saúde, pesquisadores tem chamado a atenção para o referencial da abordagem do sistema como um meio de melhorar a segurança dos ambientes e para os pacientes, como garantia da qualidade da assistência (Marck e Cassiani, 2005).

Nogueira (1994) afirma que a garantia de qualidade em saúde refere-se à elaboração de estratégias tanto para a avaliação da qualidade quanto para a implementação de normas e padrões de conduta clínica através de programas locais ou nacionais.

O conceito de qualidade é atribuído à obtenção de maiores benefícios e redução dos riscos para o paciente e fundamenta a avaliação dos serviços de saúde em três grandes componentes relacionados à estrutura do serviço, aos processos e aos resultados da assistência à saúde prestada a população (Donabedian, 1992).

A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o “risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável”. Erros, violações e falhas no processo de cuidado aumentam o risco de incidentes que causam danos aos pacientes (Runciman et al, 2009, p.21-22).

Os hospitais são responsáveis por significativa e complexa parcela dos cuidados de saúde prestados aos pacientes. A inclusão de indicadores de segurança nos programas de monitoramento da qualidade representa uma importante estratégia para orientar medidas que promovam a segurança do paciente hospitalizado (Gouvêa e Travassos, 2010).

De acordo com Nepomuceno e Kurcgant (2008), no setor da saúde, a política da qualidade tem gerado uma preocupação constante com a melhoria da assistência prestada ao paciente, exigindo maiores investimentos na qualificação dos trabalhadores. Essa qualificação deve estar voltada para o desenvolvimento do ser humano de forma integral e para o atendimento das necessidades identificadas em uma realidade de trabalho específica.

1.1 Objetivos

Este estudo tem como objetivo mapear e avaliar os indicadores de riscos e os eventos adversos implantados em um Hospital de grande porte localizado em Recife/Pernambuco, com o propósito sugerir ações que possam mitigar os riscos e aumentar a segurança para o paciente.

1.2. Justificativa

Com a contínua incorporação de tecnologias na saúde, o gerenciamento de risco hospitalar deve ser implantado para sistematizar o monitoramento de eventos adversos, executando ações para o controle e eliminação de danos (Oliveira, Évora e Kuwabara, 2010). Neste sentido, a relevância deste estudo é a necessidade de acompanhar a qualidade da assistência, considerando que a segurança do paciente é uma tendência forte e de impacto sobre os serviços hospitalares. Esses dados fornecerão subsídios para a elaboração de instrumentos e delineamento de caminhos que visam avaliar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, baseado nos indicadores de segurança do paciente usando como referencial a AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*, EUA, 2006), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)/ Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008) como estratégia para a avaliação e monitoramento de eventos adversos (EA). Estes indicadores auxiliam os hospitais na identificação de eventos adversos potenciais e utiliza a base de dados administrativos para avaliar a incidência de eventos adversos e complicações hospitalares.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa: Análise de riscos e eventos adversos relacionados as rotinas e processos de assistência à saúde em um Hospital de Grande Porte de Recife/Pernambuco: um enfoque para Segurança do Paciente

A coleta de dados foi realizada consultando o sistema de documentação informatizado do Hospital (ISODOC®) e o sistema de operacional informatizado do Hospital (MEDICWARE®).

Os indicadores foram distribuídos em 3 categorias: Indicadores assistenciais, indicadores administrativos e gerenciamento de risco. Quanto à avaliação dos indicadores foram usados os seguintes padrões: “Aplicado”, “Não aplicado” e “Em teste”. A pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos conforme recomendado pela Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados e Discussão

Trata-se de um Hospital de beneficência, de grande porte e localizado na capital pernambucana (Recife/Pernambuco). Este Hospital foi criado em 1855, tem hoje, aproximadamente, 3500 colaboradores e 588 leitos. Possui excelente infraestrutura, passou por auditoria externa e foi acreditado pelo IQG (Instituto Qualisa de Gestão) vinculado a ONA (Organização Nacional de Acreditação). A auditoria externa foi importante, pois revisou alguns processos e sugeriu atualizações em algumas rotinas. A auditoria é um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional (Chiavenato, 1981).

A acreditação é o mais difundido internacionalmente, dos métodos de avaliação externa por pares no campo da saúde. Se define como um procedimento de avaliação integral (sistêmico) da qualidade, que procura abranger os aspectos de estrutura, processo e resultados. É voluntário, confidencial, periódico, baseado em padrões previamente conhecidos e executado por uma entidade independente do estabelecimento avaliado. Ainda que o mesmo termo já tenha sido empregado para identificar outras metodologias, se considera estritamente acreditação, ao método iniciado nos EUA e Canadá, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), e atualmente avaliado pela *International Society for Quality in Healthcare* (ISQUA), (Scrivens, 1998).

Possui ainda uma estrutura voltada para o gerenciamento de risco, um escritório da qualidade e uma equipe de treinamento, desenvolvimento e educação continuada, que dá suporte a implementação de uma assistência segura. As comissões auxiliam também fazendo o monitoramento de alguns indicadores, como por exemplo: a comissão de pele estabelece rotinas para acompanhamento de pacientes e redução de casos de úlcera por pressão; a comissão de infecção hospitalar controla vários indicadores, dentre eles a Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica – PAV e a adequação ao uso de antibióticos; a comissão de segurança do paciente em parceria com outras comissões e serviços acompanha os indicadores relacionados a comunicação efetiva, higienização das mãos e cirurgias seguras.

As metas relacionadas ao gerenciamento de risco e prevenção de eventos adversos são: Identificar corretamente os pacientes; cuidado no processo de preparo e administração de medicamentos; melhorar a comunicação efetiva; assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos; reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e reduzir o risco de lesões e de quedas.

De acordo com o referencial teórico utilizado, os indicadores foram distribuídos em três categorias: Indicadores assistenciais, compreendendo 15 indicadores; Indicadores administrativos, 13 indicadores; e gerenciamento de risco, com 10 indicadores.

Os resultados indicam que na categoria “Indicadores Assistências”, dos 15 indicadores, 07 já estão aplicados, 07 ainda não foram aplicados e 01 está em teste. Na categoria “Indicadores administrativos”, 11 indicadores estão aplicados, 02 não aplicados e nenhum em teste de um total de 13 indicadores. Com relação ao “gerenciamento de risco”, dos 10 indicadores, 07 já estão aplicados, 02 não foram aplicados e 01 está em teste.

A quantificação das variáveis relacionadas a estes indicadores de qualidade servem como parâmetro para a avaliação, estabelecendo assim, a mensuração de possíveis mudanças nos padrões de qualidade da assistência prestada e construindo séries históricas para o monitoramento nas três categorias relacionadas.

De um modo geral, somando todas as categorias de indicadores, o que equivale a 38 indicadores, pode-se dizer que 66% dos indicadores já foram aplicados, 29% ainda não foram aplicados e 5% estão em teste.

Cabe ressaltar a relevância destes dados uma vez que apontam um instrumento importante no auxílio, na validação de práticas e na transformação crítica do cotidiano pela possibilidade de direcionar a realização das mudanças necessárias e alinhar a qualidade da assistência.

Neste sentido observa-se que há um compromisso deste hospital com a qualidade contínua da assistência, uma vez que grande parte dos indicadores já foi aplicado e está sendo monitorado pelo escritório da qualidade e pelo serviço de gerenciamento de riscos. Existe também um esforço para revisão dos protocolos, treinamentos e avaliação dos resultados, a partir do estabelecimento de metas.

4. Conclusão

Pode-se concluir que avançamos no caminho da segurança paciente, porém está deve ser uma trajetória contínua, onde as medidas de controle e prevenção devem ser constantemente atualizadas e monitoradas.

A segurança do paciente é uma responsabilidade institucional que deve ser compartilhada com os colaboradores, deve ainda estar apoiada nos princípios da elaboração de um planejamento coletivo e no desenvolvimento de competências técnico-científicas sobre os conceitos e tecnologias empregados.

Pretende-se dar continuidade aos estudos nessa linha de pesquisa, avaliando também a qualidade da assistência por meio da mensuração de eventos-sentinela, monitorados por diferentes protocolos e indicadores, através da construção de séries históricas, a partir de informações registradas nos formulários e processadas pelo Sistema de Informação deste Hospital.

Referencial Bibliográfico

- AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Safety Indicators Overview. AHRQ Quality Indicators. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. February, 2006.
- Disponível em: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_overview.htm
- CHIAVENATO, I. Administração de recursos humanos. 2a ed., 3 v. São Paulo: Atlas; 1981.
- DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality assesment and assurance. Qual Rev Bull. 20(6):975-92, 1992.
- GOUVÊA, CSD; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1061-1078, jun, 2010.
- KUWABARA, CCT; ÉVORA, YDM; OLIVEIRA, MMB de. Risk Management in Technovigilance: Construction and Validation of a Medical-Hospital Product Evaluation Instrument. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Sept-Oct;18(5):943-51, 2010.
- MARCK, P; CASSIANI, SHB. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. Rev Latino-am Enfermagem, setembro-outubro; 13(5):750-3, 2005.
- NEPOMUCENO, LMR; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP, 42(4):665-72, 2008.
- NOGUEIRA, RP. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- RUNCIMAN, W; HIBBERT, P; THOMSON, R; VAN DER SCHAAF, T; SHERMAN, H; LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care; 21:18-26, 2009.
- SCRIVENS, E. Policy issues in accreditation. International Journal of Quality in Health Care, Vol. 10, no 1, pag. 1-5, 1998.
- WHO. World Health Organization/World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.

Qualidade e Segurança

P_71_2011 - Avaliação de Cultura Organizacional em Gestão de Risco e Segurança na Assistência à Saúde. Estudo Piloto em Hospital da Cidade de São Paulo.

Evandro Penteadó Villar Felix

Resumo: A segurança na assistência à saúde, visando à prevenção e minimização de danos aos pacientes, em organizações complexas como as hospitalares, é um fator primordial da qualidade na prestação de serviços em saúde. A cultura de segurança é um fator determinante neste processo, e deve ser continuamente promovido dentro das organizações. A consolidação desta cultura baseada nos conceitos e práticas segurança deve ser construída por cada indivíduo envolvido neste processo, e a sua avaliação e mensuração é de extrema importância para o desenvolvimento e avaliação de intervenções na melhoria da segurança de qualquer organização.

Palavras chaves: qualidade, segurança do paciente, cultura de segurança.

1 – Introdução

A segurança na assistência à saúde, incluindo a prevenção e minimização de danos aos pacientes, aos indivíduos diretamente envolvidos nesta função e as organizações prestadoras desta assistência, esta diretamente relacionada à qualidade com que os serviços de saúde são prestados, sendo um dos pilares de uma organização hospitalar (Clinco, 2007).

Mesmo em países industrializados, o cuidado à saúde não é tão seguro quanto devia ser. Cada vez mais este assunto tem se tornado foco importante na assistência à saúde, fazendo-se com que seja de interesse tanto das organizações e prestadores, públicos ou privados, quanto dos usuários do sistema de saúde (Hoffmann & Rohe, 2010).

Hospitais são organizações complexas, onde diferentes grupos profissionais e com habilidades diversas executam diferentes atividades envolvidas direta e indiretamente no cuidado ao paciente. Estas atividades requerem planejamento e processos de comunicação que garantam uma assistência rápida e segura (Hoffmann & Rohe, 2010).

Esforços pioneiros na monitorização da segurança dos pacientes, predominantemente, focaram em medidas de desfecho, incluindo taxas de mortalidade hospitalar (Berenholtz & Pronovost, 2007). O modelo desenvolvido por Donabedian para avaliação da qualidade promoveu uma ferramenta útil para o monitoramento da segurança. Neste modelo, *estrutura* (como o cuidado é organizado em relação aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis para a assistência médico hospitalar) mais o *processo* (o que fazemos, as atividades da assistência médica com padrões pré-estabelecidos, entre profissionais e pacientes) influenciam o *resultado* sobre o paciente (os desfechos conseguidos, o produto final da assistência prestada ao cliente) (Donabedian, 1966). Além disso, Donabedian desenvolveu os chamados “7 pilares da qualidade” (eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade, e equidade), como uma extensão do conceito de qualidade (Donabedian, 1990).

Outras definições de qualidade em saúde existem. A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) define a qualidade da assistência médico-hospitalar como “o grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos. O *Institute of Medicine* definiu qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejáveis e são consistentes com a prática profissional corrente (<http://iom.edu>).

A definição de segurança do paciente para o *Institute of Medicine* é o processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estabilizando os processos e sistemas operacionais com o objetivo de minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de interceptação dos erros quando eles ocorrem (Institute of Medicine, 1990). O *The Canadian Patient Safety Dictionary* define segurança do paciente como a redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente (The Canadian Patient Safety Dictionary, 2003).

A segurança do paciente é um dos componentes críticos da qualidade do cuidado em saúde (Clinco, 2007). A maneira pela qual uma organização relacionada à saúde aborda este tema é conhecida como cultura de segurança do paciente. A cultura de segurança envolve um padrão subjacente de valores compartilhados, convicções, e ações em uma organização (Hoffmann & Rohe, 2010).

A Cultura de Segurança de uma organização pode ser definida, segundo o *Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations*, como o produto de valores individuais e de um grupo, atitudes, percepções, competências e padrão de comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura. Organizações com cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações baseadas em confiança mútua, compartilhamento de percepção sobre a importância da segurança e confiança na eficácia das medidas de segurança (ACSNI, 1993).

Yates et al (2004) propuseram quatro estratégias centrais para a criação de uma cultura de segurança nas organizações: adotar a segurança como um valor central; adotar comportamentos para a prevenção de erros e converter esses comportamentos em hábitos de trabalho; desenvolver programas de análise do que ocasionou o erro (análise de processo); e focar em processos que simplifiquem o trabalho e a documentação de procedimentos (Yates et al, 2004).

A publicação de *To Err is Human: Building a Safer Health System* pelo *Institute of Medicine* (Institute of Medicine, 2000), apresentou de forma mais explícita o quão dramático é a questão da segurança do paciente, ou a sua falta. Este relatório estimava que entre 44.000 e 98.000 mortes ocorram anualmente nos Estados Unidos da América (EUA), em decorrência de erros médicos preveníveis. Mortes em decorrência de eventos adversos preveníveis excedem àquelas atribuídas aos acidentes automobilísticos, câncer de mama e SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). O custo anual desses erros estava em torno de US\$17 a US\$29 bilhões de dólares. Este relatório afirma que o problema não é devido à existência de profissionais incompetentes no sistema de saúde, mas sim de bons profissionais trabalhando em sistemas inadequados, que precisam ser mais seguros para os pacientes, e demonstra a necessidade urgente da redução de erros médicos.

Estudos retrospectivos realizados em Nova Iorque (Brennan, Leape, Laird, et al, 1991) e Utah/Colorado (Leape, Brennan, Laird, et al, 1991), nos EUA, através da revisão dos prontuários dos pacientes, encontraram que 3,7% dos pacientes (Nova Iorque) e 2,9% dos pacientes (Utah) tinham sofrido algum tipo de erro médico no ambiente hospitalar, e 58% e 53% destes eventos foram categorizados como evitáveis, respectivamente.

Deste modo, a qualidade da assistência à saúde tem como fator primordial a segurança do paciente, visando à prevenção e a mitigação de danos aos pacientes, identificação de causas e correção dos processos envolvidos na atenção à saúde que, porventura, possam levar a eventos adversos. A cultura de segurança é um fator determinante neste processo, e deve ser continuamente promovida dentro da organização.

Segundo a Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a segurança do paciente é a ausência de potencial para ocorrência de danos ou ausência de ocorrência de danos associados a cuidados ao paciente (AHRQ, 2003). Com o objetivo de ajudar os hospitais a avaliar até que ponto suas culturas organizacionais enfatizam a importância da segurança do paciente e facilitam a implantação de atividades voltada para esta finalidade, a AHRQ, em 2004, elaborou um questionário com ênfase aos erros, às percepções de erros e às dimensões da cultura de segurança do paciente (AHRQ, 2004).

De acordo com o *Institute of Medicine*, "o maior desafio para irmos em direção a um sistema de saúde seguro é mudarmos a cultura de culpados para erros individuais para um no qual os erros são tratados não como falhas pessoais, mas como oportunidades de melhoria no sistema e prevenção de danos" (Institute of Medicine, 2001).

Medidas da avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde são novas ferramentas na melhoria da segurança dos pacientes. Elas podem ser usadas para medir as condições organizacionais que levam a eventos adversos e danos aos pacientes, e para desenvolvimento e avaliação de intervenções na melhoria da segurança nestas organizações (Nieva & Sorra, 2003).

A Instituição Hospitalar

A instituição hospitalar onde este estudo será realizado iniciou suas operações na cidade de São Paulo na década de 1970, situando-se na região central da cidade. Trata-se de um hospital geral com foco em cardiologia. Possui 227 leitos de internação, sendo 30 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos, 10 leitos de UTI pediátrica, 13 na Unidade Coronariana e 8 leitos no Pronto Socorro, além de 29 leitos para procedimentos ambulatoriais.

Tendo como *Qualidade* nos serviços prestados em saúde como um dos tópicos na sua declaração de valores, em 2006 submeteu-se a uma avaliação externa (Acreditação), voluntária, realizada pela *Joint Commission International* (JCI), representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), entidades sem fins lucrativos, com o intuito de adequar e melhorar a qualidade do cuidado ao paciente, garantir um ambiente seguro com contínua redução dos riscos aos pacientes e aos seus profissionais, e em 2009 foi recertificada pela CBA/JCI.

Neste processo algumas definições importantes foram adotadas:

EVENTO ADVERSO é uma ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde.

EVENTO SENTINELA é uma ocorrência inesperada envolvendo a morte ou perda grave e permanente de função, não relacionada ao curso natural da doença do paciente ou condição subjacente.

QUASE FALHA é qualquer variação de um processo que não afeta um resultado, mas cuja recorrência acarreta grande chance de uma consequência adversa grave.

Cada área definiu em rotinas o que considera como evento adverso, evento sentinela e quase falha em suas atividades.

Adequado ao Manual de Acreditação da JCI (JCI,2010), o *Hospital* segue suas padronizações, como por exemplo:

Seis metas internacionais de segurança:

Meta 1: identificar os pacientes corretamente.

Meta 2: melhorar a comunicação efetiva.

Meta 3: melhorar a segurança de medicamentos de alta-vigilância.

Meta 4: assegurar cirurgias com local de intervenção corretos, procedimento corretos e paciente correto.

Meta 5: reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Meta 6: reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrentes de queda.

Acesso e continuidade do cuidado ao paciente.

Melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Prevenção e controle de infecções.

Educação e qualificação dos profissionais.

O *Hospital* possui um sistema informatizado para registro e consulta dos eventos adversos, sentinelas e quase falhas que porventura ocorram. Este sistema está disponível na rede da Intranet do hospital.

Desta maneira, o processo de Acreditação contribui sobremaneira para uma cultura de qualidade e segurança no *Hospital*, porém, entende-se que este é um processo contínuo e que a acreditação é um meio e não um fim para que se atinjam padrões de atendimento elevados.

2 - Objetivos

O objetivo deste estudo piloto é avaliar a cultura organizacional de segurança no *Hospital*, em uma parcela de colaboradores, especificamente, os médicos que fazem parte do corpo clínico e sejam contratados pela instituição. Posteriormente, num estudo mais abrangente, o estudo será realizado de uma maneira global com as opiniões dos demais profissionais de saúde desta instituição (corpo de enfermagem, médico, etc) e de apoio.

3 – Justificativa

À cultura organizacional, num serviço de prestação de serviços em saúde, devem estar atreladas as culturas de qualidade e segurança dos pacientes, e a consolidação deste ambiente envolto por estes conceitos e práticas deve ser construído dia após dia por cada *stakeholder* envolvido neste processo, e a sua avaliação e mensuração é de extrema importância para qualquer organização.

4 – Métodos

A avaliação da cultura de segurança no *Hospital* será avaliada através da utilização de questionário intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, traduzido, que é um instrumento da *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ), já utilizado em outros estudos (Clinco, 2007).

Serão submetidos ao questionário os profissionais de saúde médicos contratados pelo *Hospital*/que atuam de forma direta na assistência ao paciente dos diversos setores do hospital: internação, pronto-socorro, centro cirúrgico e unidades de terapia intensiva.

Posteriormente, os dados obtidos serão inseridos numa tabela dinâmica EXCEL®, disponibilizada pela própria AHRQ para análise dos dados e submetidos a análise estatística.

5 – Resultados e Conclusões

Os resultados e conclusões obtidas a partir da coleta dos dados nos meses de fevereiro e março de 2011, serão apresentados de forma definitiva no *QualiHosp*.

Referências

- ACSNi. Organising for the safety: Third report. Study group on human factors. Healthy and Safety Commission (HSC). In: A. C. Installations. England. (1993)
- AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Acesso em 31 de Janeiro de 2011, disponível em <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>
- Yates G.R., et al.: Sentara Norfolk General Hospital: Accelerating improvement by focusing on building a culture of safety. *Jt Comm. J Qual Saf.* 2004; 30(10):534-542.
- Berenholtz SM, Pronovost PJ. Monitoring patient safety. *Crit Care Clin.* 2007;23(3):659-673.
- Clinco, S. D. O Hospital é Seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre a segurança do paciente. Tese de Mestrado. São Paulo: FGV (2007)
- DONABEDIAN, A. — Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly.* 1966;44(3):166-206.
- Donabedian, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine.* 1990;114(11):115-8.
- Hoffmann, B; Rohe, J. Patient Safety and Error Management. *Deutsches Ärzteblatt International.* 2010;107(6):92-9.
- Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Washington, DC: Nation Academies Press. (2000)
- Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I.* Acesso em 11 de julho de 2010, disponível em National Academies Press: <http://www.nap.edu/catalog/1547.html>
- Joint Commission International (JCI). Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais. Tradução da 4ª Edição do original "Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. (2010)
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *New England Journal of Medicine* 1991;324:377-84.
- Mirshawka, V. (1994). *Hospital. Fui bem atendido?* Rio de Janeiro: Makron Brooks.
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324:370-6
- The Canadian Patient Safety Dictionary. (October de 2003). Canadian Patient Safety Institute. Acesso em 11 de Julho de 2010, disponível em Canadian Patient Safety Institute: www.patientsafetyinstitute.ca

Qualidade e Segurança

P_72_2011 - Gestão de Risco em Projetos e Obras Hospitalares

Maria Fabiana Janaina Fonseca Prado

Resumo: A cuidadosa elaboração de um projeto arquitetônico é determinante para o gerenciamento de risco em projetos e obras hospitalares sem interferir no funcionamento do hospital, pois por meio deste é possível evitar problemas futuros como, por exemplo, cruzamento de fluxos, controle de infecção e manutenção lembrando que como o tratamento do paciente não pode ser interrompido e essas atividades devem ser previstas para causar a menor interferência no funcionamento do hospital.

Palavras chave: Segurança hospitalar, gestão do risco, arquitetura hospitalar

Introdução

A arquitetura tem um importante papel no gerenciamento de risco em projetos e obras hospitalares, pois é no projeto arquitetônico que é possível se resolver problemas futuros como, por exemplo, ampliações, reformas, cruzamento de fluxos, controle de infecção e manutenção lembrando que como o tratamento do paciente não pode ser interrompido e essas atividades devem ser previstas para causar a menor interferência no funcionamento do hospital.

Com a compatibilização de todos os projetos envolvidos é possível que os projetos de instalações também sejam analisados e confrontados com a necessidade do usuário, além de no projeto arquitetônico ser possível levantar uma série de interferências que irão ocorrer na obra e com isso fazer um planejamento específico para cada obra ou reforma.

A avaliação deve ser realizada sobre a construção proposta para identificar quais são as etapas de obra e um levantamento de necessidades para assegurar os procedimentos adequados para o controle de infecções. Esta avaliação deve ser realizada por esta equipe multidisciplinar.

Esta avaliação e os procedimentos recomendados devem ser revistos e atualizados sempre que necessário durante a obra.

Em obras de grande intervenção no hospital é importante que o engenheiro responsável pela obra participe do projeto desde a sua concepção para que com isso ele participe efetivamente

do planejamento e no início da obra ele já conheça o projeto nos seus detalhes. Também é muito importante que os projetos complementares (infra estrutura) já estejam envolvidos desde o início do projeto para que todos conheçam as premissas e necessidades.

As instalações prediais são as que mais sofrem com as reformas, modernização de equipamentos e ampliações com isso é muito importante que se contemplem em projeto espaços técnicos horizontais, conhecidos como pisos técnicos, principalmente sobre áreas críticas como centro cirúrgicos e UTI, em área menos críticas é necessário prever entre forro (espaço entre o forro e a laje para que seja possível correr as instalações na horizontal além da necessidade de espaços técnicos verticais, conhecidos como shafts).

A flexibilidade e a expansibilidade são fundamentais em projetos hospitalares para que uma edificação tenha uma vida longa e possa incorporar os avanços tecnológicos.

"Devem ser considerados em projetos de edificações hospitalares os seguintes conceitos: eficiência, flexibilidade, expansibilidade, humanização, facilidade de limpeza, acessibilidade, controle de circulação, segurança e sustentabilidade, entre outros." (CARR, 2009).

"O processo de projeto é a etapa mais estratégica do empreendimento em relação aos gastos da produção e a agregação de qualidade ao produto" (FABRICIO, 2002), isto é o projeto influi diretamente na qualidade do edifício que impacta na qualidade do serviço.

Os projetos para, devem seguir as normativas regulamentadas pela ANVISA, principalmente a RDC 50 e em alguns casos existem normas específicas para algumas áreas como é o caso de farmácias, lactários, centrais de materiais esterilizados. Essas normas fixam todas as premissas mínimas necessárias como dimensionamento de salas, ambientes obrigatórios, infra estrutura mínima para cada ambiente, pontos de gases necessários entre outras obrigatoriedades. Para projetos de infra estrutura além da RDC50 devem ser seguidas normas específicas,

No ambiente hospitalar a energia sob forma de eletricidade é uma fonte de vida.

São vários os equipamentos que têm essa finalidade: centrais de ar comprimido e oxigênio medicinal, aparelhos de suporte ventilatório, bombas de infusão de drogas e medicamentos, centrais de geração de energia auxiliar e outros.

O projeto de instalações elétricas deve seguir uma classificação de áreas hospitalares com relação à segurança elétrica.

Projetos de elétrica devem seguir as normas RDC 50, NBR 13534, NBR5410, IEEE 601 (WHITE BOOK).

Muitos sistemas hospitalares necessitam de backup de energia de emergência e a instalação e testes do sistema de alimentação de emergência é fundamental para todos os hospitais.

Os sistemas de refrigeração, ventilação, exaustão e ar condicionado para uso hospitalar visam à proteção e o conforto dos pacientes e funcionários. Os projetos devem seguir a normas da ABNT NBR 7256 2005

O projeto de ar condicionado deve seguir uma classificação de áreas hospitalares com relação à segurança.

Embora não difiram muito das instalações industriais, é importante estar bem claro no projeto micro-organismos, favorecido por umidade alta e propiciando condições específicas de temperatura e/ou umidade para a operação de equipamentos especiais.

É na fase de projeto que vários erros, acidentes e prejuízos ocorrem. Às vezes são prejuízos que serão sentidos em um futuro próximo, durante a inauguração ou imediatamente em acidentes durante a obra. Com relação ao paciente, vários cuidados devem ser tomados, como a escolha adequada de áreas para a implantação de instalações de gases medicinais, centrais de compressão e vácuo, iluminação, centrais de ar condicionado e ventilação, distribuição de eletricidade, instalação de sistema de alarme entre outros.

Os edifícios hospitalares típicos necessitam de sistemas para operar 24 / 7 durante o ano todo. Os sistemas precisam ser projetados para reduzir e limitar a possibilidade de doenças infecciosas transmitidas de doentes para pacientes, para os acompanhantes e para os trabalhadores da instituição.

GERENCIAMENTO DE RISCO EM OBRAS HOSPITALARES

A manutenção e gerência de equipamentos médico-hospitalares no Brasil até 1992 eram somente praticadas por apenas 1% dos hospitais em contraposição a aproximadamente 80% dos hospitais nos países desenvolvidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

O gerenciamento de risco em projetos e obras hospitalares pode ser definido como um conjunto de processos utilizados para planejar, construir, equipar e manter a confiabilidade de espaços e tecnologias.

O gerenciamento de risco hospitalar busca controlar os efeitos indesejáveis à presença humana nas ações de obras e manutenção do prédio, instalações e equipamentos e minimizar a tão baixo quanto possível os riscos assegurando que esse ambiente seja seguro e adequado ao tratamento seguro e de qualidade.

Para o gerenciamento é necessário além de informações do campo, as informações relativas aos riscos existentes. Com relação aos riscos no prédio e infraestrutura, o mapa de risco dos diversos espaços tem seu conceito ampliado.

Quando se fala em risco em ambiente hospitalar, pensamos imediatamente em infecção hospitalar, mas hoje em dia existem outros riscos de devem ser levados em conta como os ligados a infraestrutura como, por exemplo, a falta de energia em um determinado ambiente.

O conceito de risco possui dois elementos:

1. A probabilidade de um evento perigoso; são condições de uma variável com potencial necessário para causar danos. Esses danos podem ser entendidos como lesões a pessoas, danos a equipamentos e instalações, danos ao meio ambiente, perda de material em processo, ou redução da capacidade de produção.

2. Severidade da conseqüência do evento perigoso; expressa uma probabilidade de possíveis danos de um período de tempo ou número de ciclos operacionais. Pode indicar ainda incerteza quanto à ocorrência de um determinado evento

O objetivo da gestão de risco é o de tornar o risco máximo tolerável também, tão baixo quanto razoavelmente praticável.

Em todas as literaturas consultadas verificamos que a melhor forma de gerenciamento de risco em projetos e obras é a formação de uma equipe multiprofissional com gerenciadores de obra, arquitetos e engenheiros que participaram da concepção do projeto, administradores, enfermeiros e CCIH para que possa ser avaliado o risco de forma abrangente para proteger os pacientes, desenvolver planos para minimizar o impacto sobre os pacientes e das instalações, e assegurar que as definições e normas sejam seguidas pela construtora e que tudo seja monitorado, executado e documentado.

É fundamental que a equipe esteja envolvida nas fases de planejamento do projeto. Nem todos os arquitetos e engenheiros que desenvolvem o projeto são familiarizados com a construção em ambientes hospitalares e nem sempre estão cientes das normas para projetos de saúde principalmente no que se refere a filtragem de ar, a troca de ar, acabamentos, sistemas de segurança para elétrica.

Podem ocorrer conflitos sérios quando a equipe entra no processo somente após a finalização do projeto e contratação da obra. Como por exemplo, aumento de custo na construção, aditivos de preço e atrasos no cronograma de obra; A complexidade dos temas que envolvem a segurança no ambiente hospitalar exige que essa equipe multiprofissional seja formada tanto para a tomada de decisões técnicas, como para as administrativas, econômicas e operacionais.

Todos os níveis de gerenciamento devem reforçar as regras e regulamentos de segurança, estar alerta e identificar as práticas e condições inseguras, tomando imediatamente, atitudes apropriadas para corrigir irregulares.

As construtoras têm a responsabilidade de zelar para que o ambiente, pacientes e funcionários apresentem condições adequadas e devem considerar a prevenção de acidentes como uma parte normal de suas atividades.

Os gestores hospitalares devem estar cientes como uma construção ou reforma de uma instalação existente é crítica e os construtores devem estar cientes que podem afetar a qualidade do ar, interromper serviços públicos, gerar ruído e vibração.

O rompimento accidental de energia, água, gases medicinais podem custar a vida de um paciente. Por isso é fundamental que todos na equipe de construção sejam educados para uma conduta vigilante nessa área.

Deve-se criar procedimentos relativos a notificação adequada e agendamento da interrupção planejada além de ser criados procedimentos para notificar e instruir os colaboradores caso ocorra uma interrupção involuntária.

As três questões mais críticas para uma obra hospitalar são as instalações, limpeza e acessibilidade.

CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM PROJETOS E OBRAS HOSPITALARES

Profissionais da saúde são como pacientes sujeitos a doenças de uma variedade de patógenos aéreos comuns em ambientes hospitalares. Isso aumenta o risco de infecção durante

as obras hospitalares uma vez que temos a liberação de poeira, bactérias e esporos de mofo no ar. Alguns dos micróbios mais comuns que podem ser disseminadas através de obras são o

funiculosum Penicililum e Aspergillus fumigatus, um fungo freqüentemente encontrado na poeira de obra.

No Brasil não temos uma legislação específica para este assunto, hospitais de excelência e Hospitais que tem acreditação internacional Joint Commission seguem as diretrizes do Manual de acreditação. Mas ao longo desses últimos anos a AIA (American Institute of Architects), CDC (Center for Disease Control) e a JCAHO (Joint Commission on Accreditation of health Care Organizations) tem publicado orientações para ajudar hospitais, arquitetos e engenheiros na prevenção de infecção durante as obras.

As **orientações da AIA** são específicas afirmando: “os projetistas devem incorporar requisitos específicos e relacionados com a construção de uma avaliação de risco do controle de infecção no caderno de encargos”. A responsabilidade da implantação desta avaliação de risco é do hospital uma vez que os médicos e enfermeiras estão mais familiarizados com o tipo de pacientes e procedimentos realizados. A avaliação de risco deve estar incorporada no projeto desde o seu início a fim de garantir que o projeto esteja integrado com a estratégia de controle de infecção e deve ser conduzida pela equipe de projetistas do hospital.

A avaliação de risco determina o risco potencial para os pacientes e funcionários, comparando a complexidade de atividades pela sua proximidade com os pacientes para determinar quais controles são necessários. Além disso, os resultados servem de recomendação para as construtoras como o uso de equipamentos de proteção individual, pressão negativa na área de intervenção ou a construção de uma ante-câmara para prevenir a propagação de poeira.

As diretrizes para controle de infecção ambiental em saúde do CDC têm uma atenção especial para a engenharia e controle de infecção durante a construção, demolição, reforma e reparo de instalações de unidades de cuidado de saúde.

A avaliação de risco de controle de infecção antes do início da obra é fortemente apoiada por eles.

As recomendações do CDC são categorizadas por dados científicos existentes, fundamentação teórica, aplicabilidade e eventuais efeitos econômicos. As recomendações são baseadas em evidências sempre que possível. No entanto algumas recomendações são derivadas dos princípios de controle de infecção, fundamentação teórica ou com experiência adquirida em eventos que não podem ser facilmente estudados.

Categorias de classificação

- Categoria IA – altamente recomendada e fortemente apoiada por estudos epidemiológicos, experimentais, clínicos ou projetados.
- Categoria IB – altamente recomendado para implementação e suportados por determinados estudos experimentais, epidemiológicos, clínicos e uma forte fundamentação teórica.
- Categoria IC – exigido pelo estado ou regulamentação federal ou que representa um padrão de associação estabelecida.
- Categoria II – sugerido para implementação e apoiada por estudos clínicos ou epidemiológicos sugestivos ou uma fundamentação teórica.
- Questão não resolvida – nenhuma recomendação é oferecida. Não existe nenhum consenso ou provas suficientes sobre a eficácia.

Recomendações CDC

A. Estabelecer uma equipe multidisciplinar que inclui pessoal de controle de infecção para coordenar projetos de demolição, construção e reformas e considerar medidas preventivas pró ativas no início; produzir e manter declarações resumidas da atividade da equipe. Categoria IB,IC (AIA)

B. Educar a equipe de obras sobre os cuidados de saúde e nas áreas de atendimento ao paciente imunodeprimido sobre os riscos de infecção associados as obras, dispersão de esporos de fungos durante tais atividades, bem como métodos para controlar a disseminação dos esporos de fungos. Categoria IB

C. Incorporar contratos de adesão obrigatória para controle de infecção nos contratos com as construtoras, com sanções em caso de não conformidade e mecanismos para garantir a oportuna correção de problemas. Categoria IC

D. Estabelecer e manter a vigilância de doenças anemófilas ambientais (ex: aspergilose) durante as obras para garantir a saúde e a segurança de pacientes imunodeprimidos. Categoria IB

E. Implementar medidas de controle de infecção relevantes para a obra. Categoria IB,IC (AIA)

No início do projeto deve ser feita a avaliação de risco de controle de infecção para definir o escopo da atividade e a necessidade de medidas de barreira. Categoria IB, IC (AIA)

Desenvolver um plano de contingência para evitar tais exposições.

Implementar medidas de controle de infecção de atividades externas de obra. Categoria IB

Evitem que danifiquem o sistema de água subterrâneo para impedir o solo e a poeira contaminarem a água. Categoria IA, IB (AIA)

Implementar medidas de controle de infecção em obras internas. Categoria IB,IC (AIA)

Construir barreiras para impedir que o pó proveniente de áreas de construção entre em áreas de atendimento ao paciente; certifique-se de que as barreiras são impermeáveis de fungos e em conformidade com os bombeiros.

Lacrar e bloquear entradas de retorno de ar

Implementar medidas de controle de pó em superfícies e desviar o tráfego de pessoas para longe das zonas de trabalho.

Deslocar os pacientes cujos quartos são adjacentes a área de obras.

Execute essas medidas de controle de infecção relacionadas a engenharia e local de trabalho conforme necessário para a obra. Categoria IB, IC (AIA)

F. Use técnicas de amostragem de partículas no ar como uma ferramenta para avaliar a integridade de barreira. Categoria II

Orientações Joint Commission:

Os elementos de desempenho da Joint Commission incluem o seguinte:

A. No planejamento do tamanho, da configuração e da ocupação do espaço de construções reformas, modificadas ou novas, as organizações devem usar: normas e regulamentos estaduais.

B. No planejamento de demolições, construções ou reformas, as organizações devem fazer avaliação proativa de risco, usando critérios específicos para identificar situações perigosas que possam comprometer potencialmente o atendimento, o tratamento e a prestação de serviços nas áreas ocupadas dos prédios. O escopo e a natureza das atividades são fatores determinantes para extensão da avaliação de risco.

C. No planejamento de demolições, construções ou reformas, as organizações devem utilizar critérios de risco que abordem o impacto dessas atividades nas exigências relativas a qualidade do ar, controle de infecções, exigências da área de utilidades, ruídos, vibrações e procedimentos de emergência.

D. No planejamento de demolições, construções ou reformas, as organizações devem solucionar e implementar controles adequados, de acordo com as exigências, para reduzir riscos e minimizar o impacto dessas atividades.

As estratégias para atendimento das exigências de projeto, construção e reforma de prédios incluem:

- Identificação e uso de regulamentos estaduais e locais aplicáveis a projetos, reforma e construção de novas instalações hospitalares.
- Utilização das orientações do American Institute of Architects (AIA) nos projetos e planejamentos de novos espaços e nas reformas de espaços existentes.
- Avaliação de risco no controle de infecções que incorpore critérios especiais para analisar o tipo de atividade que poderá ocorrer e os tipos de pacientes que poderão ser afetados durante os projetos de construção e de reforma.
- Uso de autorização de controle de infecções para atividades de construção e reforma.
- Uso de barreiras, unidades de filtragem de partículas de alta eficácia e outras medidas para controle de dispersão de organismos transmissíveis pelo ar e partículas de pó produzidas pelas atividades de construção e reforma.
- Estabelecimento de relações de trabalho multidisciplinares e colaborativas entre o pessoal da área de controle de infecções, instalações, manutenção e dos serviços ambientais para identificar e atenuar os efeitos das atividades de construção sobre a qualidade de ar, da água e dos sistemas gases, a limpeza ambiental e o fluxo de tráfego.

- Desenvolvimento e implementação de programas abrangentes de prevenção e controle de infecções durante a execução dos projetos de manutenção, demolição, construção e reforma.

- Implementação de programa multidisciplinar para treinamento, monitoramento e promoção de adesão às práticas de prevenção e controle durante construção e reforma.

Há várias publicações a que abordam o assunto do controle de infecção em obras hospitalares e em todas essas recomendações do CDC e da Joint Commission são as mais citadas e utilizadas em hospitais como por exemplo o Jonh Hoppiks, St. Francis Hospital

GERENCIAMENTO DE RISCO NO PÓS OBRA

Com o término da obra os sistemas precisam ser verificados com funcionamento completo e pronto para o uso. Isto exige o teste funcional de todos os sistemas.

Os testes de climatização não devem ocorrer até que a instalação tenha sido concluída em 100%. Além disso, toda a programação, controle e calibração deveriam ser concluídos antes do balanceamento. Em um hospital o comissionamento de questões críticas ao sistema de HVAC inclui a verificação adequada da renovação do ar; pressurização adequada e bom funcionamento em situações de emergência. As áreas mais críticas são salas de cirurgia, salas de isolamento, boxes de UTI. É fundamental que as mudanças de ar e diferenciais de pressão sejam verificadas. Além disso, os sistemas utilizados para monitorar pressurização e alarme precisam ser verificados. Todas as unidades terminais precisam ser testadas pelo comissionamento ao invés de um teste aleatório de unidades terminal.

O teste do sistema de alimentação de emergência é fundamental. O comissionamento precisa garantir o banco de teste de carga adequado de geradores de emergência. Isto também inclui o ensaio de gerador de todos os sistemas de transferências de óleo combustível, alarmes, etc. Todos os equipamentos e sistemas em energia de emergência, todas as luzes de energia de emergência e todas as tomadas elétricas em energia de emergência devem ser testados para operação em uma situação de emergência.

Qualquer seqüência de geradores com base na carga precisa ser testado. Qualquer corte de capacidade de carga do sistema precisa ser verificada. O sistema de aterramento e isolamento deve ser testado.

Todos os sistemas devem ser certificados ou comissionados, pois conforme dito anteriormente as instalações hospitalares são críticas uma vez que elas são importantes para a vida do paciente e o seu funcionamento completo ou incorreto pode acarretar danos e riscos à vida.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é identificar e reconhecer os riscos ao paciente associados a reformas e obras em ambiente hospitalar e assim propor algumas ferramentas de controle de risco durante a fase de planejamento e execução da obra.

Metodologia

O presente trabalho foi elaborado a partir de revisão bibliográfica sobre o tema abordado e com o estudo da experiência de uma renomada construtora.

Resultados

A Serral Engenharia e Construtora Ltda tem um processo contínuo no sistema de gestão, assegurando a qualidade dos produtos estabelecendo padrões de controle a fim de minimizar impactos e riscos.

Experiência estudada: Plano de Gerenciamento de risco.

O manual do SGI foi elaborado de tal forma que exista uma relação próxima entre os principais capítulos com itens da norma NBR ISO 9001 revisão 2008, NBR 14001 revisão 2004 e BS OHSAS 18001 revisão 2007.

O manual é apenas uma parte da documentação da organização e a sua implementação apesar de ter como responsáveis a presidência e a diretoria de operações, depende da participação de todos os colaboradores.

Perigos e riscos causados pelas atividades da empresa relativos à segurança e a saúde são identificados, levantados e avaliados de acordo com o Procedimento organizacional que tem como objetivo identificar, levantar e avaliar dos aspectos e impactos, perigos e riscos relativos a meio ambiente, segurança e saúde causados.

As bases para identificação da necessidade de levantamento dos aspectos e impactos perigos e riscos podem ser feita por qualquer colaborador e comunica ao Gerente de SGI conforme as necessidades definidas.

O Gerente do SGI define o responsável ou a equipe responsável na obra para realizar o levantamento.

A equipe de levantamento avalia as significâncias de todas as atividades utilizando os critérios definidos nos anexos do manual e registrando os pontos nas tabelas de Levantamento de aspectos e impactos e de Levantamento de perigos e riscos e encaminha para o gerente do SGI.

A pontuação total será calculada através da multiplicação de cada ponto dos critérios definidos.

A empresa considera significativa e trata os aspectos e impactos, perigos e riscos com o seguinte valor de pontuação: Aspectos e Impactos - >81 pontos e Perigos e Riscos - >729 pontos

Os aspectos não significativos serão monitorados.

No caso da avaliação de riscos, quando o risco for significativo deve determinar as medidas de controle e ou mudanças nos controles existentes, considerando a redução dos riscos de acordo com a seguinte hierarquia:

Eliminação, Substituição, Controle de engenharia, Sinalização, alertas e controles administrativos, Equipamentos de proteção individual (EPI's)

As medidas de controle provenientes da hierarquia acima mencionada devem ser registradas na tabela de Tratamento hierárquico dos riscos.

Ferramentas

A aplicação das ferramentas de controle de risco estão divididas em três etapas:

Etapa de projeto: Fase em que será criada a equipe multi profissional para reuniões periódicas e validações de projeto.

O projeto arquitetônico e de instalações prediais serão elaborados baseados nas premissas e necessidade levantadas nas reuniões e baseados em todas as normas vigentes e nos manuais de certificações.

O projeto será liberado para orçamento com construtoras pré qualificadas que atendam as premissas definidas pela gerência de projetos.

Etapa de obra: Deverá ser elaborado um cronograma de obra para que todos os envolvidos consigam participar e conhecer todas as etapas de obra para isso o projeto deverá ser apresentado por toda a equipe de projeto envolvida.

As reuniões com a equipe multidisciplinar e com a equipe de projeto envolvida deverão ser mantidas para que todos tenham uma participação efetiva no planejamento da obra, na definição das interferências e paradas dos sistemas existentes do hospital e para reavaliação sempre que necessária.

No planejamento da obra deverão ser aplicadas tabelas para o controle de risco, classificando a área envolvida, o serviço a ser executado.

Utilizar a Tabela 1 para identificar o tipo de risco através da classificação de risco.

Exemplo: Furação de parede portanto a classificação é TIPO B.

Utilizar a Tabela 2 para identificar o grupo do paciente que estará em risco.

Exemplo: Reabilitação e fisioterapia portanto a classificação é GRUPO 2 – RISCO MÉDIO.

Com as duas classificações encontradas grupo de pacientes x tipo de construção encontramos a classe de precauções ou nível adequado de atividades que utilizando os exemplos acima será CLASSIFICAÇÃO II que está indicada na tabela 3

Com a classificação encontrada na tabela 3 aplicar na tabela 4 e encontrar a descrição das precauções necessárias para o controle de infecção.

Na etapa de planejamento também deverá ser elaborada a tabela de identificação de riscos e perigos onde serão levantados todos os riscos possíveis que cada atividade realizada na obra pode gerar para o paciente e para o colaborador. Após a montagem desta tabela deverá ser aplicada tabela onde deverão estar levantadas todas as atividades realizadas em obra e identificar o risco através da tabela de identificação de risco e cada atividade deverá ser pontuada.

Toda a área de intervenção deverá ser sinalizada, prevendo esta sinalização para os desvios internos inclusive.

Etapa de pós obra – deverá ser aplicado check list a ser elaborado pela equipe de projetos e pela equipe multi profissional para avaliação da obra e se a mesma atende o projeto. O cumprimento deste check list deverá ser cobrado da construtora. Todas as instalações deverão ser comissionadas e verificadas.

Todas as etapas e tabelas da ferramenta de controle de risco são baseadas nos manuais publicados pela AIA (American Institute of Architects), CDC (Center for Disease Control) e a JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) e no plano de Gerenciamento de Risco da Serpal.

Referências

APIC. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. Infection Control Tool Kit Series: Construction and Renovation. 1ª ed. Washington DC. Compiled and Edited by Judene Bartley, MS, MPH, CIC, 1999

AZEVEDO, Francisco de Paula. Desenvolvimento de Tecnologia de Gestão para Ambientes Hospitalares; O Caso do Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

CDC. Guideline for Environmental Infection Control in Health Care Facilities, 2003.

Qualidade e Segurança

P_73_2011 - Treinamento Contínuo de Higienização das Mãos, *in loco*, realizado por estagiárias de enfermagem no Hospital da Prefeitura de São Paulo.

Maria Palmira Mateus Loureiro, Maria Palmira Mateus Loureiro,, Lara de Oliveira Vitor

INTRODUÇÃO

A higienização das mãos é considerada a ação isolada mais importante no controle de infecções, ela é ainda hoje um desafio na sua implementação, realização e adesão nos serviços de saúde. (SANTOS, 1980)

O termo “higienização de mãos” é genérico e se refere à ação de lavar as mãos com água e sabão comum, água e sabão com anti-séptico ou fricção com álcool a 70%. O sabão proporciona a remoção mecânica da microbiota transitória da pele; quando associado a anti-séptico tem ação química letal aos microrganismos. O uso de álcool a 70% resulta em importante redução da carga microbiana transitória e residente, pela ação química e letal aos microrganismos. (CRUZ ET AL, 2010)

A legislação brasileira, por meio da Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998, e da RDC n. 50, de 21 de fevereiro 2002, estabelece, respectivamente, as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas à redução da incidência das infecções relacionadas à assistência à saúde e as normas e projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. (BRASIL, 2007)

Com intuito de contribuir para a prevenção das infecções hospitalares, sensibilização da importância da adesão a prática recomendada e conhecimento da técnica, o treinamento aos colaboradores do Hospital Municipal da Prefeitura de São Paulo, é realizado dentro das unidades assistenciais, treinamento *in loco*.

O Programa de Treinamento é item obrigatório na Comissão de Qualidade Hospitalar (CQH) e a Cremesp também realiza auditoria dos treinamentos, portanto a sua importância não se deve somente a uma responsabilidade do Serviço de Infecção Hospitalar (SCIH), mas um interesse de diversos setores que prestam a assistência e prezam pela qualidade permanente.

JUSTIFICATIVA

Contribuir para a prevenção e redução das infecções hospitalares; relembrar e demonstrar o conhecimento da técnica e a sensibilização da importância de adesão a esta prática, cujos objetivos específicos se dão em: sensibilizar os profissionais de enfermagem e da equipe multiprofissional para o controle de infecções; conscientizar a importância deste cuidado; relembrar o procedimento para realização de lavagem das mãos; orientar e esclarecer quanto ao protocolo de controle de infecção de acordo com o ministério da saúde; orientar a equipe multiprofissional nos aspectos técnicos no cuidado na lavagem das mãos.

METODOLOGIA

Relato de experiência de um treinamento *in loco* da técnica de lavagem das mãos aos colaboradores do Hospital Municipal da Prefeitura de São Paulo, do período diurno e noturno. Realizado pelo setor de Educação Continuada de Enfermagem e Núcleo Epidemiológico, por estagiárias de enfermagem, sob coordenação, orientação e supervisão direta das enfermeiras responsáveis pelos setores citados.

O treinamento foi intitulado como “Treinamento Contínuo de Cuidado com as Mãos”, por entendermos de que se trata de uma prática a ser realizada de forma permanente, visto como uma metodologia eficiente. Realizado por meio de aula explicativa, com uso de álbum seriado e distribuição de folder, nos setores: Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Pronto Socorro Obstétrico (PSO), Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR), Ambulatório (AMB), Alojamento Conjunto (AC), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), Pré Parto (PP), Recuperação Pós Anestésica (RPA), Central de Materiais Esterilizados (CME), Clínica Ginecológica Obstétrica (CGO), Unidade Neonatal (UN), cujo conteúdo elaborado compreendeu: a importância e a finalidade da higienização das mãos; microbiota das mãos; a higienização das mãos com água e sabão e a técnica; a higienização das mãos com álcool-gel e vantagens e desvantagens de cada uma. Como método de avaliação do treinamento foram distribuídas avaliações de reação, estratificadas por ótimo, bom e regular, com itens que englobavam: Importância do tema, forma de abordagem, organização, recursos materiais e carga horária. A duração total do curso compreendeu o mês outubro e novembro de 2010.

RESULTADOS

Os resultados mostram que o número total foi de 179 colaboradores da equipe, destes 177 pertencem à equipe de enfermagem. O treinamento nos setores assistenciais apresentou os seguintes valores: Unidade Neonatal foram treinados 36 colaboradores representando 20% do total; Centro Cirúrgico Obstétrico foram treinados 23 colaboradores representando 13% do total; Recuperação Pós Anestésica foram treinados 9 colaboradores representando 5% do total; Unidade de Terapia Intensiva foram treinados 10 colaboradores representando 6% do total; Pré-Parto foram treinados 12 colaboradores representando 7% do total; Casa da Gestante de Alto Risco foram treinados 13 colaboradores representando 7% do total; Alojamento Conjunto foram treinados 24 colaboradores representando 13% do total; Central de Material Esterilização foram treinados 7 colaboradores representando 4% do total; Clínica Ginecológica Obstétrica foram treinados 14 colaboradores representando 8% do total; Ambulatório foram treinados 18 colaboradores representando 10% do total; Pronto Socorro Obstétrico foram treinados 11 colaboradores representando 6% do total e outros setores (SCIH- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo Epidemiológico) foram treinados 2 colaboradores representando 1% do total.

Em relação às infecções hospitalares, as taxas de infecções hospitalares nos setores U.N, UTI, CCO, CGO no 1º semestre de 2010 foram respectivamente: 3,6; 10,9; 4,4; e 4,7 (nº Infecção Hospitalar/1000 pacientes-dia) e no 2º semestre foram respectivamente: 2,2; 3,1; 1,8 e 0,7 (nº Infecção Hospitalar/1000 pacientes-dia).

CONCLUSÕES

Concluimos que segundo dados da SCIH, houve uma redução considerável no índice de Infecção Hospitalar, onde foi possível verificar que houve uma sensibilização em toda equipe de Enfermagem.

Mediante ao exposto pode-se concluir que a estratégia de treinamento local utilizada se diferenciou pelo contato direto das estagiárias de enfermagem junto aos colaboradores, o que proporcionou um impacto satisfatório e que refletiu nos resultados positivos a pequeno e médio prazo. A parceria intersetorial deve ser incentivada e os resultados compartilhados a fim de se mensurar a adesão da prática de higienização das mãos na qualidade do serviço prestado.

Referências

- BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília : Anvisa, 2007.
- CRUZ, Eliane Drehmer de Almeida et al. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. *Revista Ciência e Enfermagem*, vol. XV, p.33-38. Disponível em www.scielo.br/pdf/rn/v23n1/a05v23n1.pdf >. Acesso em 25 out. 2010.
- SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos. **Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde**. Disponível em www.cqh.org.br/files/artigos15.pdf >. Acesso em 25 out. 2010.

Qualidade e Segurança

P_75_2011 - Treinamento Contínuo de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes, in loco, realizado por estagiárias de enfermagem em um Hospital da Prefeitura de São Paulo

Maria Palmira Mateus Loureiro, Denise Fernandes Neves, Maria Palmira Mateus Loureiro, Jennifer Danielle Marques, Iara de Oliveira Vitor

INTRODUÇÃO

A exposição ocupacional a patógenos de transmissão sanguínea provocada por acidentes com agulhas e outros materiais perfurocortantes é um problema grave, mas muitas vezes pode ser prevenida.

O risco de exposição varia de acordo com a categoria profissional, a atividade realizada ou o setor de atuação nos serviços de saúde. São considerados de alto risco: profissionais de área cirúrgica, de emergência, odontólogos, laboratório, estudantes, estagiários e profissionais da limpeza.

É enfatizada a equipe de enfermagem como uma das principais das categorias citadas, isto porque se trata de um dos maiores recursos humanos em que está inserido nos serviços de saúde e possui maior tempo de contato direto com o paciente.

Em resgate histórico aos acidentes com material biológico tiveram um impulsionamento a partir da década de 40 nos laboratórios, contudo a preocupação foi evidente no início da década de 80, pois envolviam materiais biológicos e este era um dos meios da transmissão do vírus da AIDS, durante o período de epidemia da AIDS, tratava-se de um grande furor, além dos vírus das hepatites B e C. Na realidade hospitalar, as exposições percutâneas ou mucosas contendo um ou mais destes vírus geram a transmissão.

Com intuito de contribuir para a prevenção de acidentes com perfurocortantes, e a sensibilização da importância da prevenção recomendada segundo a Norma Regulamentadora nº 32 e o protocolo do Hospital da Prefeitura de São Paulo, o treinamento é realizado dentro das unidades assistenciais.

O Programa de Treinamento é item obrigatório na Comissão de Qualidade Hospitalar (CQH) e a Cremesp realiza auditoria dos treinamentos, portanto a sua importância não se deve somente a uma responsabilidade do Núcleo Epidemiológico, mas um interesse de diversos setores que prestam a assistência, além de otimizar a assistência.

JUSTIFICATIVA

Contribuir para a prevenção e redução de acidentes com os perfurocortantes, sensibilizar quanto ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual, sensibilizar quanto à importância da prevenção recomendada segundo a Norma Regulamentadora nº 32, manuseio adequado dos perfurocortantes, sensibilizar quanto aos tipos de fluidos biológicos, o local adequado para descarte do material e a conduta pós-acidente segundo o protocolo do Hospital da Prefeitura de São Paulo.

METODOLOGIA

Relato de experiência de um treinamento *in loco* sobre a prevenção de acidentes com perfurocortantes aos colaboradores do Hospital da Prefeitura de São Paulo, do período diurno. Realizado pelo setor de Educação Continuada de Enfermagem e Núcleo Epidemiológico, por estagiárias de enfermagem, sob coordenação, orientação e supervisão direta das enfermeiras responsáveis pelos setores citados. O treinamento foi intitulado como "Treinamento Contínuo de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes", por entendermos de que se trata de uma prática a ser realizada de forma permanente, visto como uma metodologia eficiente. Realizado por meio de aula explicativa, com uso de álbum seriado e apresentação com distribuição de aula em Power Point, nos setores: Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Pronto Socorro Obstétrico (PSO), Casa da Gestante de Alto Risco (CGAR), Ambulatório (AMB), Alojamento Conjunto (AC), Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), Pré Parto (PP), Recuperação Pós Anestésica (RPA), Central de Materiais Esterilizados (CME), Clínica Ginecológica Obstétrica (CGO), Unidade Neonatal (UN), cujo conteúdo elaborado compreendeu: público alvo de maior risco, o que são e os tipos de perfurocortantes, tipos de fluidos biológicos de risco com ênfase para o HIV, Hepatite B e C, cuidados para não utilizar dedo como anteparo, não reencapar, entortar ou desconectar agulha da seringa, a maneira adequada de desprezar e manusear a caixa de perfurocortantes, sensibilização da importância do uso dos Equipamentos de Proteção Individual, tanto para a equipe de Enfermagem, quanto a quem faz o manuseio da caixa de descarte, e conduta pós-acidente.

Como método de avaliação do treinamento foram distribuídas avaliações de reação, estratificadas por ótimo, bom e regular, com itens que englobavam: Importância do tema, forma de abordagem, organização, recursos materiais e carga horária. A duração total do curso compreendeu o mês de novembro de 2010.

RESULTADOS

Foram treinados 116 colaboradores, sendo 23 enfermeiros, 86 auxiliares de enfermagem, 5 estagiários e 2 da equipe multiprofissional.

O treinamento nos setores assistenciais apresentou os seguintes valores: Unidade Neonatal foram treinados 20 colaboradores representando 36% do total; Centro Cirúrgico Obstétrico foram treinados 23 colaboradores representando 13% do total; Recuperação Pós Anestésica foram treinados 9 colaboradores representando 5% do total; Unidade de Terapia Intensiva foram treinados 10 colaboradores representando 6% do total; Pré-Parto foram treinados 12 colaboradores representando 7% do total; Casa da Gestante de Alto Risco foram treinados 6 colaboradores representando 5% do total; Alojamento Conjunto foram treinados 20 colaboradores representando 18% do total; Central de Material Esterilização foram treinados 3 colaboradores representando 3% do total; Clínica Ginecológica Obstétrica foram treinados 6 colaboradores representando 5% do total; Ambulatório foram treinados 16 colaboradores representando 15% do total; Pronto Socorro Obstétrico foram treinados 11 colaboradores representando 9% do total e outros setores (SCIH- Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e Núcleo Epidemiológico) foram treinados 2 colaboradores representando 1% do total.

CONCLUSÃO

Segundo taxas do Núcleo Epidemiológico do Hospital houveram 23 acidentes com perfurocortantes, sendo 9 deles no 1º semestre de 2010 e 14 no 2º semestre de 2010. Desses 23 acidentes, 4,3% responde à mucosa e pele íntegra, 70,4% percutânea e 13% mucosa, sendo os mesmos 21,7% com auxiliares de limpeza, 43,5% com auxiliares de enfermagem, 13% enfermeiros e 21,7% outros profissionais.

Os auxiliares de enfermagem foram os mais atingidos por esse tipo de acidentes e, em relação à situação de ocorrência, as mais frequentes foram: procedimento cirúrgico (26,1%), administrando de medicação endovenosa (13%); descarte inadequado dos materiais (13%).

Essas taxas evidenciam a importância contínua da sensibilização quanto a prevenção de acidentes com o material perfurocortante, já com resultados de ausência de acidentes no mês de dezembro na equipe de enfermagem, trazendo resultados imediatos na assistência e na melhoria da qualidade prestada.

Referências

- Risco Biológico, **Biossegurança: Recomendações Gerais**. São Paulo/SP. 2006. Pag.50-51
 Pinheiro, Joziane e Zeitoune, Regina C. G. **Hepatite B :Conhecimento e Medidas de Biossegurança e a Saúde do Trabalhador de Enfermagem**. Escola Anna Nery Revista Enfermagem: junho, 2008; 12 (2): 258 - 64.
 COREN; **Cartilha Norma Regulamentadora nº 32** ; p.30-São Paulo: out 2009. Disponível em: www.coren-sp.gov.br. Acesso em: nov.2010

Indicadores Assistenciais

P_76_2011 - Resultado de Avaliação Antropométrica do Idoso em Assistência Domiciliar

Joyce Corrêa Leite, Ana Elisa Alvares Correa de Siqueira, Luciene Carvalho Mendes Giusti, Érika dos Santos Souza

Resumo: A pessoa idosa apresenta tendência a desenvolver desnutrição, devido à incidência de doenças crônicas e debilidades físicas associadas à idade. Alterações nutricionais podem contribuir para exacerbar doenças crônicas e agudas de origem física ou mental, acelerar o desenvolvimento de doenças degenerativas, dificultando o processo de recuperação. Nosso objetivo foi realizar análise comparativa da antropometria com estado nutricional em idosos submetidos à internação domiciliar. Após análise dos resultados conclui-se que o método de avaliação antropométrica é eficaz para determinação do estado nutricional, sendo mais elevada a prevalência de desnutrição entre os idosos, apesar da obesidade está em constante crescimento.

Palavras-chave: avaliação nutricional, assistência domiciliar, saúde do idoso

Introdução

No Brasil existiam 15 milhões de pessoas no ano de 2000 (8,6% da população) com idade acima de 60 anos e a estimativa para 2025 é que este número alcance 32 milhões (13% da população). Este envelhecimento populacional acelerado também terá reflexos no aumento do número de idosos institucionalizados, os quais, por alterações metabólicas, fisiológicas, anatômicas e psicossociais inerentes à idade, são considerados vulneráveis do ponto de vista nutricional (FELIX; SOUZA, 2010).

O valor médio por internação hospitalar (SUS) no período 2000 – 2005 para cuidados prolongados ou crônicos, no Brasil e no Sul do País foi respectivamente da ordem de R\$ 4.155,00 – R\$ 8.630,00 e R\$ 1.430,00 – R\$ 3.124,00. Em Porto Alegre, em 2007, o custo de internação para o segmento de 1-49 anos, variou de R\$ 673,95 a R\$ 958,25 enquanto para os de 60 anos ou mais, variou de R\$ 1.025,36 a R\$ 1.530,76 (MARQUES; FREITAS, 2010).

As estratégias adotadas pelos serviços para desonerar o Estado e modificar o modo tradicional de produção em saúde, é a inclusão da atenção domiciliar no rol de modalidades de atendimento, a qual se caracteriza pela visita da equipe de saúde ao domicílio do usuário com o objetivo de avaliar suas necessidades e as de sua família, considerando a disponibilidade do serviço e constando de plano assistencial e orientações. Atendimento domiciliar pressupõe ações complexas, exigindo técnica e periodicidade da equipe de saúde, de acordo com as necessidades evidenciadas (MARQUES; FREITAS, 2010).

Uma das maiores necessidades de atendimento domiciliar ocorre devido ao desequilíbrio nutricional no idoso que está reconhecidamente relacionado ao aumento da mortalidade, à susceptibilidade a infecções e à redução da qualidade de vida. Na senescência é comum a co-existência de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares, pulmonares, o *diabetes mellitus*, além do uso prolongado de medicamentos que interferem no apetite, no consumo e na absorção de nutrientes (FELIX; SOUZA, 2010).

Sendo assim, o envelhecimento afeta diretamente o estado nutricional do indivíduo por todas as alterações que ocorrem no organismo, tais como, diminuição dos botões gustativos, redução do olfato e da visão, diminuição da secreção salivar e gástrica, falha na mastigação (pela ausência de dentes ou próteses impróprias), constipação intestinal devido à redução da motilidade. Estudos epidemiológicos, também, indicam que, especialmente, em homens idosos a desnutrição reduz significativamente o tempo de vida (GARCIA; ROMANI, 2010).

A pessoa idosa apresenta tendência a desenvolver desnutrição, devido à incidência de doenças crônicas e debilidades físicas associadas à idade. Alterações nutricionais podem contribuir ou ainda, exacerbar doenças crônicas e agudas, seja de origem física ou mental, acelerar o desenvolvimento de doenças degenerativas, dificultando o processo de recuperação das mesmas. O distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos é a desnutrição proteico-calórica (DPC), que está associada ao aumento da mortalidade e da susceptibilidade às infecções e à redução da qualidade de vida (GARCIA; ROMANI, 2010).

A avaliação do estado nutricional é importante para o diagnóstico da desnutrição. Para avaliação do estado nutricional de idosos, utilizam-se parâmetros, como história clínica, dietética, exames laboratoriais e medidas antropométricas, para que se possa, efetivamente, chegar a um diagnóstico com segurança. Pesquisadores têm enviado esforços no sentido de desenvolver um modelo de avaliação utilizável em qualquer parte do mundo, de metodologia simples, facilmente reproduzível e que possa ser executado a baixo custo na maioria das localidades (GARCIA; ROMANI, 2010).

Por outro lado, a obesidade leva aos distúrbios das condições de saúde do organismo, sendo representados por distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e o aumento de risco de doenças de grande morbimortalidade, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, hiperlipidemias, doenças cardiovasculares e câncer. Além disso, pode estar associada a outras doenças que podem interferir na qualidade de vida do indivíduo obeso (BUENO, 2010).

Até o momento não existe consenso quanto ao melhor instrumento de avaliação nutricional do idoso, o que requer a análise conjunta de diversas medidas (antropométricas, dietéticas e bioquímicas) para alcançar um diagnóstico. (FELIX; SOUZA, 2010).

A prevalência de desnutrição em pacientes hospitalizados é um problema que afeta entre 20 % e 60 % dos indivíduos internados, e está intimamente associada com a morbidade e a mortalidade. Estudos sugerem que a desnutrição aumenta o risco de retardo na recuperação e acelera o declínio funcional após a hospitalização. Da mesma forma, que pacientes desnutridos têm significativamente maior incidência de complicações, aumentando a mortalidade, maior tempo e custo de internação tanto hospitalar quanto em assistência domiciliar (AZEVEDO ET AL, 2006).

Estudos antropométricos têm sido realizados com idosos em diversos países, como forma de descrever o perfil antropométrico e estabelecer padrões de referência locais que auxiliem na avaliação nutricional desses idosos, no entanto, ainda são poucos os países que possuem estudos populacionais nacionais (MENEZES; MARUCCI, 2007)

Sendo assim, as medidas antropométricas são essenciais para avaliação nutricional de idosos, já que por elas é possível mensurar tecido adiposo e massa de gordura. Entre estas medidas estão peso, estatura, dobras cutâneas e circunferências de diversas partes do corpo. (DUARTE, 2001).

Objetivos

Realizar estudo comparativo utilizando a avaliação antropométrica em idosos submetidos à internação domiciliar com incidência de desnutrição e a evolução clínica destes pacientes no período de quatro trimestres.

Metodologia

Levantamos no histórico de acompanhamento nutricional inicial as medidas antropométricas e estado nutricional de pacientes acima de 60 anos em Assistência Domiciliar. Utilizamos as medidas antropométricas de CB (Circunferência de braço), PCT (Prega Cutânea Tricipital), IMC e CMB, sendo aferidas com adipômetro e uso de fita métricas. Para a classificação do IMC, CB, PCT e CMB de adultos foi utilizada a proposta pela SABE/OPAS, 2002. Os procedimentos de mensuração foram simples, reproduzíveis, não invasivos e não causam risco à saúde a qualquer participante. Realizamos o acompanhamento no período de dezembro de 2009 a novembro de 2010, onde foi analisada a melhora ou piora do estado nutricional neste período. Comparamos o estado nutricional sugeridos pelas medidas antropométricas na avaliação inicial às mudanças de diagnósticos de estado nutricional após início do acompanhamento.

Resultados

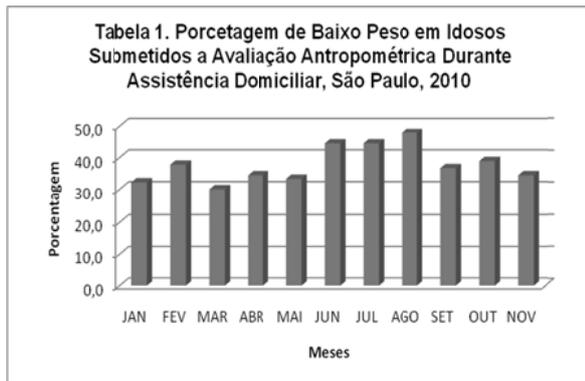


Tabela 1: Achados clínicos confrontados com Barbosa, A et al. Anthropometry of elderly residents in the city os São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (6): 1929-1938, nov-dez, 2005. (SABE/OPAS, 2002).

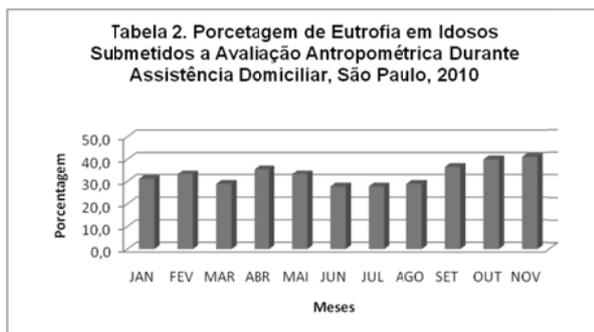


Tabela 2: Dados clínicos confrontados com referências :Barbosa, A et al. Anthropometry of elderly residents in the city os São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (6): 1929-1938, nov-dez, 2005. (SABE/OPAS, 2002).

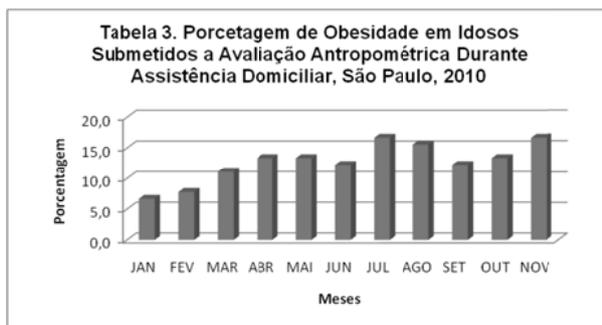


Tabela 3: Dados clínicos confrontados com referências :Barbosa, A et al. Anthropometry of elderly residents in the city os São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (6): 1929-1938, nov-dez, 2005. (SABE/OPAS, 2002).

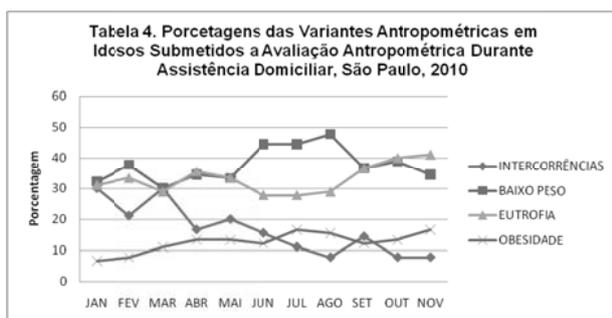


Tabela 4: Dados clínicos confrontados com referências :Barbosa, A et al. Anthropometry of elderly residents in the city os São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (6): 1929-1938, nov-dez, 2005. (SABE/OPAS, 2002).

Conclusão

Após análise dos resultados apresentados a partir das medidas antropométricas realizadas e descritas anteriormente, podemos afirmar que é mais elevada a prevalência de desnutrição em idosos na assistência domiciliar. Porém, a obesidade está em constante crescimento conforme a mudança de hábitos de vida da população, também confirmado em outras literaturas. O IMC mostrou ser um bom indicador no diagnóstico de desnutrição e de obesidade. A medida da circunferência braquial e da dobra cutânea triptal também constitui um bom indicador para determinar desnutrição em idosos (GARCIA; ROMANI, 2010).

Embora a literatura seja clara na valorização e importância da utilização do IMC como indicador do estado nutricional, a unanimidade, contudo, entre os autores, é da necessidade contínua da busca, a partir de novas pesquisas, de métodos para estimativa de uma avaliação nutricional com maior acurácia e precisão, analisando adequação dos pontos de corte, especificamente, voltada para a população idosa (GARCIA; ROMANI, 2010).

Diante dessas alterações, é necessário que haja avaliação das mesmas, no sentido de identificar se são comuns do envelhecimento ou resultantes de doenças que acometem o idoso. No entanto, para utilizar essas variáveis como forma de avaliar o estado nutricional de idosos é necessário que haja padrões antropométricos de referência, com os quais as medidas de cada indivíduo sejam comparadas. Estudos antropométricos têm sido realizados com idosos em diversos países, como forma de descrever o perfil antropométrico e estabelecer padrões de referência locais que auxiliem na avaliação nutricional desses idosos, no entanto, ainda são poucos os países que possuem estudos populacionais nacionais (MENEZES; MARUCCI, 2007).

Sendo assim, as medidas antropométricas são essenciais para a avaliação nutricional de idosos, já que por elas é possível mensurar tecido adiposo e massa livre de gordura. Entre estas medidas estão peso, estatura, dobras cutâneas e circunferências de diversas partes do corpo (DUARTE, 2007).

O peso é a medida antropométrica mais utilizada, sendo um importante referencial na avaliação e acompanhamento do estado nutricional. Sua medida auxilia na determinação de perdas ou ganhos ponderais considerados preocupantes do ponto de vista nutricional do indivíduo, já que em situações normais a variação de peso corpóreo chega a no máximo 0,1kg/dia. O peso corpóreo não é capaz de demonstrar os valores específicos para massa magra, gordura ou fluidos (SILVA; MURA, 2007).

A estatura é a segunda medida antropométrica mais utilizada e se refere à medida do indivíduo em pé, desde a sola dos pés descalços até a parte superior da cabeça. Esta medida representa a dimensão longitudinal do corpo humano como um todo, sendo a soma das medidas dos membros inferiores, pelve, coluna vertebral e crânio (ROSSI; CARUSO e GALANTE, 2008).

A medida da envergadura é uma alternativa a mais, no estudo antropométrico, principalmente, quando da necessidade de avaliar indivíduos em cadeiras de rodas ou acamados, embora apresente algumas dificuldades na execução da medida, podendo diminuir a acurácia do método (GARCIA; ROMANI, 2010).

As circunferências corporais são medidas antropométricas simples, rápidas e adequadas para diversos grupos populacionais. Além de fornecer estimativas indiretas sobre o estado nutricional e níveis de gordura quando interpretada isoladamente, pode estimar a densidade corporal quando comparada juntamente com outras medidas de dobras retiradas no mesmo local. As circunferências tomadas neste trabalho foram as do braço, quadril e cintura (SILVA; MURA, 2007).

A circunferência de braço é utilizada juntamente com a dobra cutânea triptal no cálculo da circunferência muscular do braço, auxiliando na estimativa de proteína somática e tecido adiposo (ROSSI; CARUSO e GALANTE, 2008). A antropometria além de dar subsídios para reflexão do estado nutricional com maior confiabilidade que outros métodos, se for utilizados por profissionais capacitados também se apresenta como técnica de baixo custo, não invasiva, com materiais de fácil manuseio e rápida obtenção de resultados. Suas desvantagens são a baixa sensibilidade a recentes alterações no estado nutricional e deficiência de nutrientes (DUARTE, 2007).

A modalidade de assistência domiciliar têm resultado em maior conforto e segurança ao idoso e sua família, bem como proporcionado cuidado humanizado e qualidade de vida, se comparada ao atendimento institucional. Mas a concreção dessa perspectiva requer um diagnóstico situacional favorecedor de informações quantitativas e qualitativas que contribuam efetivamente para o conhecimento da realidade de saúde da população idosa e da sua dinâmica domiciliar e familiar. As orientações propiciadas por essas informações permitem a tomada de decisões, de forma que o planejamento do serviço de saúde esteja organizado pelo princípio da equidade, priorizando aqueles que mais necessitem de cuidados (MARQUES; FREITAS, 2010).

Sendo assim, o cuidado domiciliar tem se tornado um desafio para os familiares cuidadores, doravante denominados cuidadores primários, bem como aos serviços de saúde, pois exige, dos primeiros, que assumam a principal responsabilidade pelo idoso e o desempenho da maior parte das tarefas de cuidado, dedicação total, dia e noite e dos serviços de saúde, um redesenho das ações e uma visão para além dos serviços hoje ofertados nas Unidades de Saúde (MARQUES; FREITAS, 2010).

Os instrumentos descritos e discutidos são essenciais para o diagnóstico do estado nutricional do idoso, e agrupá-los e interpretá-los de forma conjunta ainda é um grande desafio para a ciência da nutrição. De fato, além da ausência de consenso sobre os parâmetros classificatórios de cada método, são escassos os relatos que projetam um diagnóstico convergente para o estado e o risco nutricional. A maioria dos estudos descreve apenas os resultados antropométricos ou bioquímicos de forma isolada (FELIX; SOUZA, 2010). Alguns estudos com fins comparativos interpretaram como risco nutricional o achado de, pelo menos, um índice antropométrico abaixo da normalidade, comparando este resultado com o diagnóstico de risco nutricional pela MAN (desnutrição + risco de desnutrição).

Referências Bibliográficas

- BUENO, Júlia Macedo et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2010;
- DUARTE, Antonio Claudio Goulart. **Avaliação Nutricional: Aspectos Clínicos e Laboratoriais**. 2ª São Paulo: Atheneu, 2007;
- FELIX, Luciana Nabuco; SOUZA, Elizabeth Maria Talá de. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n.4, Aug. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 de dezembro de 2010;
- GARCIA, Analia Nysya de Medeiros; ROMANI, Sylvia de Azevedo Mello; LIRA, Pedro Israel Cabral de. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 20, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732007000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de dezembro de 2010;
- MARQUES, Giselda Quintana; FREITAS, Ivani Bueno de Almeida. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, Dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2010;
- MENEZES, Tarciana Nobre de; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de dezembro de 2010;
- Ministério da Saúde - Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta e processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde - Brasil: Ministério da Saúde, 2004. 120 p - (série A. Normas e Manuais Técnicos);
- PLANAS, M. et al. Nutrición Enteral Domiciliaria (NED): Registro Nacional 2001. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 19, n. 3, maio 2004. Disponível em <http://www.scielo.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000300004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 10 de dezembro de 2010;
- ROSSI, Luciana; CARUSO, Lúcia; GALANTE, Andrea Polo. **Avaliação Nutricional: Novas Perspectivas**. 1ª São Paulo: Roca, 2008;
- SABE/OPAS. Barbosa, A et al. Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (6): 1929-1938, nov-dez, 2005. (SABE/OPAS, 2002),
- SILVA, Sandra Maria Chemin Seabra da; MURA, Joana D'arc Pereira. **Tratado de alimentação, nutrição & dietoterapia**. 1ª São Paulo: Roca, 2007.

Qualidade e Segurança

P_77_2011 - Princípios e Progressos do Programa Saúde da Família

Renata Melgaço Gonçalves, Osvaldo Kurschus de Oliveira, Telma Braga Orsini, Heloisa Azevedo Drumond, Nágela Patrícia Amaral Rocha, Dayenne Cristina Martins Valente, Carlos Alberto Gonçalves, Elaine Pereira Pontes, Márcio Augusto Gonçalves, Márcia Mascarenhas Alemão

Resumo: O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia de reorganização da Atenção Primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. Tendo consequência primordial um processo de desospitalização e humanização do SUS, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar. O PSF é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à Declaração de Alma Ata em 1978. Considerado como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

Palavras-Chave: PSF. Atenção Primária. desospitalização. Humanização. Processo. Declaração Alma Ata.

1 INTRODUÇÃO

A existência de movimentos que se propõem a reforma médica nas décadas de 60 e 70 é conhecida pela Medicina Comunitária que, a partir das idéias de inadequação das ações e dos serviços diante dos problemas de saúde dos setores populares, que ficavam a margem dos benefícios dos cuidados a saúde visavam rever toda estratégia que se construiu, no pós-guerra, para enfrentar a questão da saúde dos povos. Neste movimento era muito claro a tentativa de se construir serviços de saúde em função dos bolsões de pobreza que existiam nos vários países. Nele, procurava-se não só fazer um cordão de isolamento sanitário em torno destes grupos, como também atuar no espaço político ideológico que permitisse um controle social sobre os referidos bolsões.

E a reforma médica, efetivamente, ficou na retórica. Partindo de princípios semelhantes, isto é, a crise da saúde mundial e os poucos benefícios que os serviços têm permitido, a questão da reforma retorna, e sob uma capa mais ampla, pois surge num Fórum Internacional da OMS e se propõe para todos os países do mundo, independente de serem ricos ou pobres, e em nome da razão.

É com a Declaração de Alma Ata, em 1978, que se explicita o conjunto de princípios que devem nortear a nova reforma. Considerando que, do mesmo modo que a anterior da década de 60/70 esta reforma precisa ser contextualizada, a fim de se entender o quanto, realmente, se busca e quais são as mudanças preconizadas, e considerando que, após Alma Ata, tem-se podido detectar traços de influência em alguns serviços de saúde nacionais, como se pode observar nas análises do Fórum Mundial de *La Salud* OMS, 1980/1981, aqui se propõem uma primeira aproximação destes objetivos a partir da análise dos conceitos básicos que são utilizados na Declaração, e se tentara verificar se é possível reconhecer um patamar de neutralidade nos mesmos, isto é, se efetivamente a Declaração tem efeito universal acima dos contextos histórico-sociais dos países aos quais ela se dirige, ou se no seu interior já se pré-condiciona os parâmetros de construção das propostas de políticas de saúde.

Assim sendo, antes de se posicionar do modo abrangente como se coloca diante da reforma, quando diz que a crise é dos serviços de saúde do mundo, será um instrumento de ação, em nível internacional, sobre realidades nacionais específicas mais vinculadas, ao chamado, 3º Mundo.

Vale, antes de tudo, observar que o contexto internacional no qual surge, esta proposta é marcado por uma profunda crise internacional do sistema capitalista, e que vários países em fase de libertação passam a experimentar organizações de serviços de saúde que tem que aliar o planejamento centralizado com a diminuição dos custos das ações e o aumento dos benefícios das mesmas.

Os padrões de racionalidade que são impostos nestes modelos são retirados das experiências socialistas e adotados em nações onde se esta superando a lógica de mercado como um dos determinantes da organização social dos cuidados a saúde. E, portanto, quando se adota estes padrões num suposto campo da neutralidade científica e da lógica, tem-se gerado conceitos muito pouco determinados (abstratos), mas dentro de um paradigma que passa a ser a referência do racional/irracional no setor saúde além de supor que a construção de políticas sociais se dá no campo da razão e que evolutivamente esta é a tendência em todos os países (Cesar Vieira, 2010).

Neste sentido, surge "O Programa Saúde da Família" (PSF) em 1994, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção básica. O PSF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. No Brasil a origem do PSF remonta criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde (MS), lançou o PSF como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de Assistência Primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde (APS) qualificada e resolutive. Percebendo a expansão do PSF que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28/03/2006, onde ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do MS para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

2 JUSTIFICATIVA

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Equipes de Saúde da Família (ESF), compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo MS e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. A ação de governo relativa ao PSF busca estimular a implantação de ESF, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde Bucal, nos municípios, visando à reorientação das práticas assistenciais básicas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. O público-alvo compreende a população residente na área de abrangência das ESF, determinada mediante processo de territorialização realizado no âmbito do município. Ocorre, também, a divisão em micro-áreas sob supervisão de um ACS, cuja população não pode ser superior a 750 pessoas. Tendo por base as informações consolidadas enviadas ao Departamento de Atenção Básica – DAB/MS pelo DATASUS - fevereiro/2007: a população abrangida pelo PSF é a seguinte: ESF: 86.665.888 (46,69% da população nacional); Equipes de Saúde Bucal: 74.860.468 (40,33% da população nacional). Os recursos do PSF são transferidos aos municípios na modalidade Fundo-a-Fundo (FAF). A Portaria n.º 648/2006 estabelece os valores a serem transferidos conforme a modalidade de ESF/Saúde Bucal implantada e o número de ACS implantados. Esporadicamente são publicadas Portarias para reajuste do financiamento do PSF, como é o caso das Portarias n.ºs 1.043/2004, 2.513/2004 e 650/2006. Aos municípios compete, entre outras, as seguintes atribuições: garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do PSF; programar ações de Atenção Básica a partir de sua base territorial; garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos; acompanhar e avaliar o trabalho das ESF; alimentar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos no sistema; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais.

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia da Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde no âmbito da reorganização dos serviços de saúde, e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e

hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o SUS, um outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira, verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um **"novo modo de fazer saúde"**.

3 MÉTODOS

Este trabalho teve a intenção de trazer à tona reflexões e um estudo comparativo do PSF com a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde referentes às atitudes tomadas pelo Brasil após a Declaração de Alma-Ata formulada por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, dirigindo-se a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo. Esta traçou, como principal meta social dos governos, organizações internacionais e comunidade mundial, que até o ano 2000, todos os povos do mundo deveriam atingir um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Os primeiros itens da declaração reafirmam a definição de saúde defendida pela OMS, como o completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, e a defendem como direito fundamental e como a principal meta social de todos os governos. A Conferência de Alma-Ata impulsionou os projetos de extensão e cobertura, a partir de críticas ao processo de privatização, pela ênfase na atenção primária e na participação comunitária, pela priorização dos serviços básicos de natureza pública e descentralizada, com base na municipalização da saúde. Tem sido considerada como a primeira declaração internacional que despertou e enfatizou a importância da atenção primária em saúde, desde então defendida pela OMS como a chave para uma promoção de saúde de caráter universal.

Assim, este trabalho teve como preocupação registrar as portarias emitidas pelo MS após Alma Ata, no decorrer dessas exibições as portarias são feitas algumas citações referente às mesmas, tais como:

As Portarias 1.043/2004, 2.513/2004 e 650/2006 - para reajuste do financiamento do PSF "... Aos municípios compete, entre outras, as seguintes atribuições: garantir fontes de recursos, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do PSF; programar ações de Atenção Básica a partir de sua base territorial; garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos; acompanhar e avaliar o trabalho das ESF; alimentar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos no sistema; estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais e não-governamentais. O sucesso do programa depende do acompanhamento contínuo das famílias da comunidade por parte da Equipe de Saúde. Por isso, é de particular importância que médicos e demais profissionais da área médica (inclusive agentes de saúde) estejam cumprindo rigorosamente seus horários de trabalho".

A Portaria Nº 648, de 28/03/2006 foi imprescindível para viabilizar o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. Tendo como principais itens: manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes; prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Baseado nesta mesma portaria foi estabelecido que para a implantação das ESF deva existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000.

A equipe básica é composta por no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e ACS (em número máximo de 1 ACS para cada 400 pessoas no urbano e 1 ACS para cada 280 pessoas no rural). Todos os integrantes devem ter jornada de trabalho de 40 horas semanais, e é função da Administração Municipal: "assegurar o cumprimento de horário integral – jornada de 40 horas semanais – de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte". Inúmeras cidades brasileiras contratam outros profissionais como farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, etc.

Atribuições dos membros da Equipe de Saúde da Família: As atribuições dos profissionais pertencentes à Equipe ficaram estabelecidos também pela Portaria Nº 648, de 28/03/2006, podendo ser complementadas pela gestão local., tais como: atribuições comuns a todos os Profissionais que integram as equipes; Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde: do Enfermeiro; do Médico; do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem; do Cirurgião Dentista; do Técnico em Higiene Dental (THD); do auxiliar de Consultório Dentário (ACD): Atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde (ACS): Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF). Um aspecto que merece destaque está relacionado ao processo de reorganização da atenção básica, que permite desencadear mudanças nos outros níveis do sistema de saúde. Daí, o seu potencial instituinte em contribuir para um novo formato de modelo assistencial.

4 RESULTADOS

Apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva, por ocasião da implantação da ESF no Brasil, observamos que cotidianamente essa estratégia vem se afirmando como processo instituinte capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial no SUS. Hoje são 50 milhões de brasileiros atendidos pela estratégia. A potencialidade para a mudança advém do conteúdo estratégico, que permite um rompimento no comportamento passivo dentro das unidades básicas de saúde, com extensão das ações para e com a comunidade, possibilitando o desenvolvimento do trabalho em equipe, a responsabilização sobre um território, os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre serviços de saúde, profissionais e população. O sucesso do programa depende do acompanhamento contínuo das famílias da comunidade por parte da Equipe de Saúde. Por isso, é de particular importância que médicos e demais profissionais da área médica (inclusive agentes de saúde) estejam cumprindo rigorosamente seus horários de trabalho.

Diante dos ótimos resultados já alcançados em alguns estados (ex. Minas Gerais), o MS está estimulando a ampliação do número de ESF no Brasil. A mobilização das comunidades e dos prefeitos é fundamental, pois, só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar. Apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva, por ocasião da implantação da ESF no Brasil, observamos que cotidiana-mente essa estratégia vem se afirmando como processo instituinte capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial no SUS. No eixo discursivo, a ESF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, humanizada e solidária, compreendendo-se humanização em sentido ampliado (resolutividade, equidade, acesso, autonomização, solidariedade e cidadania).

5 Conclusões

O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. Como consequência de um processo de des-hospitalização e humanização do SUS, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente

hospitalar. O PSF é hoje uma das principais respostas do MS à crise vivida no setor. Um estudo comparativo do PSF com a Medicina Comunitária e as Ações Primárias de Saúde (Alma Ata, 1978) mostra similaridades entre as três propostas, que se organizam a partir de um ideal racionalizador e operam através do núcleo teórico da epidemiologia e vigilância à saúde.

O atual modelo de assistência à saúde se caracteriza como "produtor de procedimentos", visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico o qual utiliza principalmente as tecnologias duras/leveduras, ou seja: tecnologias duras - as que estão inscritas em máquinas e instrumentos, em detrimento de tecnologias leve-duras - definidas pelo conhecimento técnico e, leves - as tecnologias das relações. Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado. O PSF, ao resumir sua ação à vigilância à saúde, com tímida incursão na clínica, não tem potência para reverter esta configuração do Modelo Médico Hegemônico. Para um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leveduras, com a "produção do cuidado", entendido enquanto ações de Acolhimento, Vínculo, Autonomização e Resolução.

Apesar de os princípios e diretrizes estarem esboçados no campo do conhecimento, o campo da operação ainda tem muito a ser percorrido. Cabe ressaltar que a implantação de uma nova política pressupõe mudanças em vários níveis (político, institucional, organizativo e pessoal), exigindo tempo, vontade política e recursos de várias ordens.

A estratégia como expressão de processos instituintes, ou seja, do que pode vir a ser, fazendo-se, assim, necessário pensá-la a partir de dois enfoques: o primeiro, diz respeito ao seu conteúdo minimalista, normatizador e focalizador, expresso: pela rigidez e a burocratização do processo de trabalho, extirpando o trabalho vivo; pelo baixo incentivo financeiro destinado a uma equipe mínima, pela quantidade insuficiente de trabalhadores com perfil adequado à estratégia; a precarização do processo de trabalho, com a flexibilização dos serviços e a ausência de um vínculo formal dos profissionais com as instituições executoras; a assunção de outros níveis de responsabilidade por parte da equipe de Saúde da Família, sem a devida remuneração e capacitação.

O contraponto desse pensar é a possibilidade da estratégia colocar-se enquanto reorientadora do processo de trabalho, através do cumprimento dos seus princípios, o que remete para a necessidade da constituição de um vínculo formal do trabalhador com os serviços de saúde por meio da análise de desempenho instituído por um plano de carreira no serviço público; a continuidade e o aumento do incentivo financeiro para as equipes da ESF, como forma de impulsionar a estratégia; a mudança no ambiente formador tanto nas escolas técnicas como nas instituições de ensino superior; a formação e a capacitação dos profissionais que estão na rede; o refazer político-institucional, dentro das organizações e dentro de nós. Isso exige uma nova postura profissional frente aos usuários, redefinindo a finalidade do processo de trabalho e reconhecendo o usuário como integrante do processo do cuidado, com vistas à autonomização, remetendo necessariamente a um exercício autotático, por parte dos profissionais.

A ESF, em seu modo de operar os serviços de saúde, constitui-se num processo, e, assim sendo, não está concluído, podendo caminhar para o plano da racionalização e flexibilização do processo de trabalho ou da radicalização do processo de humanização do cuidado, garantindo acesso, resolatividade, participação social e qualidade da assistência. Construir novos modelos de processo de trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, que possibilitem combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquistas de resultados, cura, proteção e promoção, é tarefa urgente a ser realizada pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de saúde.

Referências

ALMA-ATA Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde -, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Al...> >. Acesso em: 25/03/2009.

César Vieira - *Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca* Disponível em < <http://amep.org.br/vcomespdata/Dia%252008/Vc...> > Acesso em jan.2011.

DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. *Dados sobre a saúde do Brasil - 2007*. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/> >. Acesso em: jan.2009.

PSF. *Portal do PSF no Brasil*. Disponível em: < <http://www.psfbrasil.com.br/> >- Acesso em dez./2010

PSF. *A Origem do Programa Saúde da Família*. Disponível em: < http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_Sa%25C... >. Acesso em: out/2010.

PSF. *Reorganizar a prática da atenção à saúde em novas Bases*. - Disponível em: < <http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/> >. Acesso em nov./2010.

Qualidade e Segurança

P_78_2011 - Qualidade dos Registros de Controles de Enfermagem de um Hospital Universitário

Vanessa Gomes Maziero

Resumo: Os registros de enfermagem são realizados como forma de documentar as ações e atividades exercidas pela enfermagem. O objetivo desse trabalho foi analisar a qualidade dos registros dos controles de enfermagem em uma unidade de internação adulta de um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizada com dados secundários. As anotações foram consideradas completas no relatório de avaliação dos registros dos controles de enfermagem de Outubro de 2008 e julho de 2010. Trata-se de uma unidade com estrutura antiga, sem condições físicas adequadas, e mesmo com tal dificuldade consegue manter a qualidade dos registros de enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem; Registros de Enfermagem; Qualidade da assistência à saúde.

1. INTRODUÇÃO

A sistematização de enfermagem iniciou com as técnicas de enfermagem, e posteriormente atribuiu-se maior importância a sistematização de teorias de enfermagem e os princípios científicos. Conceitos foram elaborados a partir de pesquisas realizadas, fundamentando as fases do processo de trabalho, segundo modelos conceituais (REPPETTO; SOUZA, 2005).

A Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986 e a Resolução COFEN nº 272/2002 de 27 de agosto de 2002, regulamentou o exercício profissional do enfermeiro; o processo de trabalho passou a ser uma realidade obrigatória nas organizações de saúde. Os registros de enfermagem são compostos pelas anotações de enfermagem, destinado a toda equipe e pelo Processo de Enfermagem ou Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo função privativo do enfermeiro a partir da resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem -COFEN, caracterizado por histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, plano assistencial, evolução e prognóstico (CARRIJO; OGUISSO, 2006).

Os registros de enfermagem são realizados como forma de documentar as ações e atividades exercidas pela equipe de enfermagem; os resultados destas é um meio de garantir e comprovar a prestação do cuidado e a qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem e pelo enfermeiro. Além de fornecer informações para a continuidade do cuidado, os registros quando realizados adequadamente são base para elaboração de um plano assistencial efetivo e reflete a evolução do paciente, é um documento legal para questões jurídicas, educacionais, de pesquisa, é uma forma de comunicação da equipe, fornecendo subsídio para conduta médica (CARRIJO; OGUISSO, 2006; SETZ; INNOCENZO, 2009; MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007). O Ato de registrar ações realizadas pela equipe, indica a qualidade da assistência que está sendo prestado e comprova a boa prática profissional, além do cumprimento ético-Legal exigido pela profissão de enfermagem (MATSUDA; CARVALHO; ÉVORA, 2007).

A não realização dos registros de enfermagem, ou a realização do registro de forma inadequada, explicita uma assistência descomprometida com o cuidado, além de trazer danos para a instituição de saúde e dificuldade para constatar a assistência prestada pelo enfermeiro (SETZ; INNOCENZO, 2009).

Através da auditoria, a equipe de enfermagem tem acesso a dados que mostrarão aspectos tanto negativos, quanto positivos da assistência que está sendo prestada ao indivíduo, revelando soluções e sugestões; portanto a equipe de saúde tem a oportunidade de mudar a condição do cuidado. O paciente com o processo de auditoria recebe um cuidado mais seguro e com qualidade (SETZ; INNOCENZO, 2009; RODRIGUES; PERROCA; JERICÓ, 2004).

2. OBJETIVO

Analisar a qualidade dos registros dos controles de enfermagem em uma unidade de internação adulta de um hospital universitário.

3. JUSTIFICATIVA

Esse estudo foi realizado como forma de analisar a qualidade dos registros dos controles de enfermagem da unidade Médico-cirúrgica Masculina. Acredita-se que a avaliação da qualidade dos registros de enfermagem pode ser utilizada para reforçar o desejo dos profissionais de saúde em melhorar a forma como se registra o cuidado que está sendo prestado ao indivíduo.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo de abordagem quantitativa, realizado a partir do banco de dados do serviço de assessoria de controle de qualidade da assistência de enfermagem de um hospital universitário do norte do Paraná.

A Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem, tem como objetivos: Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos pacientes; Monitorar os processos de trabalho da enfermagem; Subsidiar as atividades de educação permanente, de acordo com as necessidades de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem identificadas através de avaliação sistematizada.

4.2 Amostra estudada, local e período de estudo.

O estudo foi realizado no Hospital regional universitário do norte do Paraná (HURNPR); a disposição dos sistema único de saúde (SUS); O Hospital atende em nível ambulatorial e internamento, em todas as especialidades.

A unidade escolhida para analisar os relatórios de avaliação de qualidade das anotações, foi a unidade Médico - Cirúrgica Masculina, é a unidade mais antiga do HURNPR, onde anteriormente funcionava o centro de assistência ao tuberculoso. A sua estrutura e pavilhonar. Hoje presta assistência a pacientes clínicos e cirúrgicos, com graus diferentes de complexidade. É uma unidade composta por pacientes do sexo masculino com idade superior a 12 anos de idade, com diagnóstico clínico e cirúrgico.

Nos relatórios analisados, foram utilizados dados da Assessoria do controle de qualidade da assistência de enfermagem (ACQAE), correspondentes a resultados dos relatórios da avaliação da qualidade das anotações contidas nas prescrições de enfermagem, especificamente, os controles de enfermagem, na unidade Médico - Cirúrgica Masculina, nos períodos de outubro de 2008, outubro de 2009 e julho de 2010.

4.3 Os instrumentos utilizados na coleta de dados

O Material utilizado no estudo são os resultados da auditoria dos registros dos controles de enfermagem contidos no verso da folha de prescrição de enfermagem, utilizados pelo hospital universitário. Os dados utilizados, são registros de busca ativa realizados por estudantes de graduação de enfermagem que coletaram dados na unidade Médico-Cirúrgico Masculina, através de um instrumento elaborado especificamente para a auditoria das anotações de enfermagem. O instrumento é utilizado pela Assessoria de Controle de Qualidade da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário.

4.4 A análise dos dados

A análise da qualidade dos registros se baseou no trabalho de Haddad, que propõe cinco níveis de avaliação do preenchimento: 1- não se aplica, 2- completo, 3- incompleto, 4- não preenchido e 5- incorreto. Foram consideradas anotações completas àquelas que, atingiram níveis de preenchimento igual ou maior a 80%, não ultrapassando 15% para o item incompleto e 5% para o não preenchido (HADDAD, 2004).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

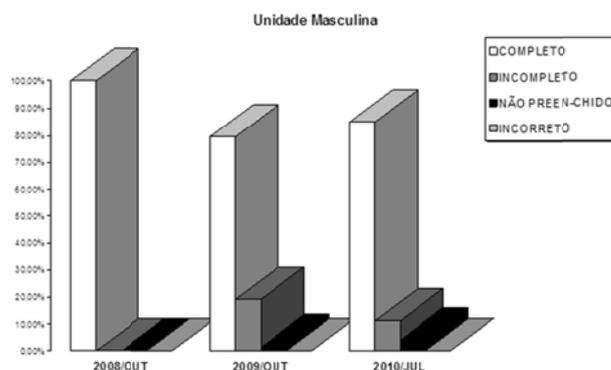
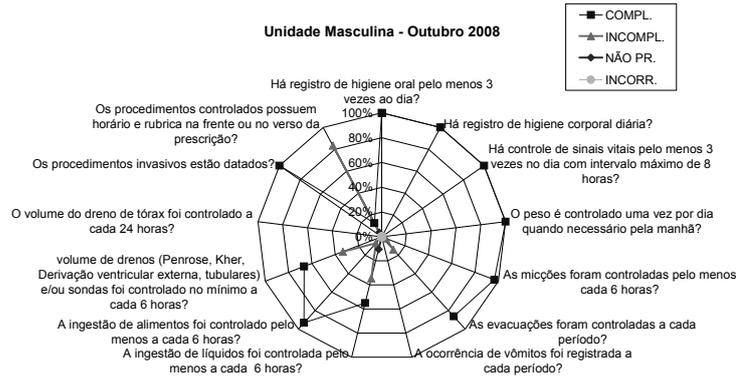


Figura 1: Análise da qualidade dos registros dos controles de enfermagem na unidade Clínica – Cirúrgico Masculina. Londrina; 2008 a 2010.

As anotações foram consideradas completas no relatório de avaliação dos registros dos controles de enfermagem de Outubro de 2008 e julho de 2010. Sendo que os níveis de preenchimento foram considerados 100% completos em outubro de 2008 e 84,91% em julho de 2010. Os relatórios não apresentaram níveis de preenchimento incorreto em nenhum dos três anos acima descritos.

Figura 2: Análise da qualidade dos registros de controles de enfermagem na unidade Clínica – Cirúrgica Masculina. Londrina; Outubro de 2008.



Os controles de enfermagem foram analisados em cada item do instrumento da assessoria do controle de qualidade da assistência de enfermagem do hospital universitário. Nos itens: Há registros de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia; Há registro de higiene corporal diária; Há controles de sinais vitais pelo menos 3 vezes ao dia com intervalo máximo de 8 horas; O peso é controlado uma vez por dia quando necessário pela manhã; Os procedimentos invasivos estão datados; foram considerados completos com níveis de preenchimento de 100%.

No item: Os procedimentos controlados possuem horários e rubrica na frente ou no verso da prescrição, foi um item com 13% completos, sendo este último item considerado o maior registro incompleto e não preenchido.

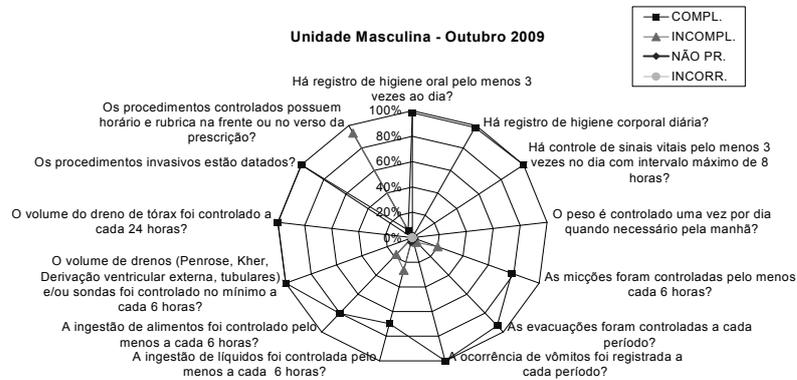


Figura 3: Análise da qualidade dos registros de controles de enfermagem na unidade Clínica – Cirúrgica Masculina. Londrina; Outubro de 2009.

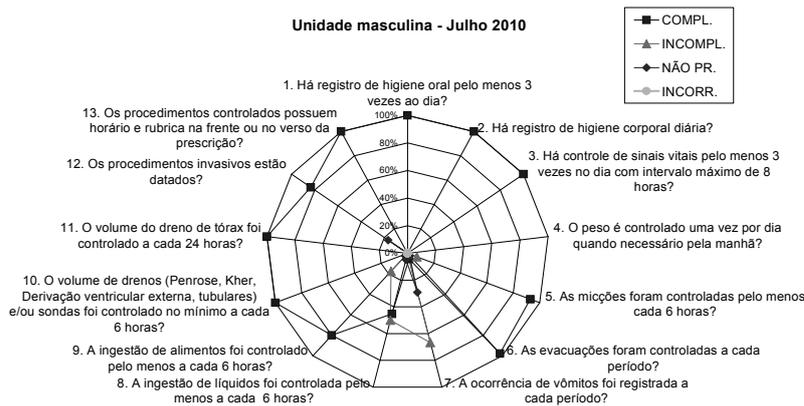


Figura 4: Análise da qualidade dos registros de controles de enfermagem na unidade Clínica – Cirúrgica Masculina. Londrina; Julho 2010.

Nos itens: Há controles de sinais vitais pelo menos 3 vezes ao dia com intervalo máximo de 8 horas; A ocorrência de vômitos foi registrada a cada período; O volume de drenos (Penrose, Kher, Derivação ventricular externa, tubulares) e/ou sondas foi controlado no mínimo a cada 6 horas; O volume do dreno de tórax foi controlado a cada 24 horas, foram itens com níveis de preenchimento de 100%.

No item: Os procedimentos controlados possuem horários e rubrica na frente ou no verso da prescrição, foi um item com 7% completos, 93% incompleto, sendo este último item considerado o maior registro incompleto.

No ano de 2010, os registros dos controles de enfermagem teve como resultado; Nos itens: Há registros de higiene oral pelo menos 3 vezes ao dia; Há registro de higiene corporal diária; Há controles de sinais vitais pelo menos 3 vezes ao dia com intervalo máximo de 8 horas; O volume de drenos (Penrose, Kher, Derivação ventricular externa, tubulares) e/ou sondas foi controlado no mínimo a cada 6 horas; O volume do dreno de tórax foi controlado a cada 24 horas; Os procedimentos

controlados possuem horário e rubrica na frente ou no verso da prescrição; Foram itens considerados completos com níveis de preenchimento de 100%. No item: O peso é controlado uma vez por dia quando necessário pela manhã foi um item que não há registros de avaliação no mês de Julho de 2010.

No item: A ocorrência de vômitos foi registrada a cada período, foi um item com 4% completos, 67% incompleto e 29% não preenchido, sendo este item considerado o registro com maior porcentagem incompleto.

5.1 Discussão

A assistência de enfermagem, os cuidados prestados aos clientes podem ser avaliados também através dos registros de enfermagem. A qualidade da documentação das ações realizadas pela equipe de enfermagem, mostra a produtividade do trabalho exercido pelos profissionais da equipe que prestam o cuidado direto ao paciente e possibilita a avaliação dos resultados dessas ações (SETZ; INNOCENZO, 2009).

Os controles de enfermagem, quando registrados de forma correta, possibilitam a avaliação do paciente e seu progresso frente às intervenções realizadas em seu tratamento, portanto os dados registrados de forma incompleta, incorretos ou não preenchidos, podem acarretar a assistência inadequada e não individualizada (OCHOA-VIGO, Kattia et al, 2001).

A assessoria de qualidade do hospital universitário, após coleta dos dados, apresenta os resultados para a unidade, especificamente para o gerente de enfermagem, chefe de seção, além de distribuição de folders educativos para todos os membros da equipe, e por fim realizam treinamentos sobre registros de enfermagem, realizados no mínimo uma vez no ano, pelo departamento de educação e pesquisa em enfermagem (DEPE). Os enfermeiros do setor, além de receber o apoio do DEPE para o treinamento dos registros de enfermagem, fazem treinamentos direcionados a cada servidor do serviço, realizando orientações sobre os registros e supervisionando as anotações de enfermagem. Mostram-se comprometidos com a evolução da qualidade dos registros de enfermagem, contribuindo assim com melhor documentação das ações de enfermagem.

Trata-se de um desafio para o profissional enfermeiro liderar a forma de registros dos dados sobre o paciente e suas condições de saúde, sendo responsáveis pela evolução da qualidade dos registros dentro de sua unidade de trabalho, construindo melhores práticas assistenciais.

6. CONCLUSÃO

A unidade em questão apresentou melhora considerável dos registros dos controles de enfermagem no ano de 2010, comparado ao ano anterior. Trata-se de uma unidade com estrutura antiga, sem condições físicas adequadas, e mesmo com tal dificuldade consegue manter a qualidade dos registros de enfermagem. A auditoria em enfermagem mostra-se necessária na monitorização da qualidade dos registros de enfermagem, refletindo na segurança do paciente sob os cuidados da equipe de enfermagem.

Referências

- CARRIJO, AR; OGUISSO, T. Trajetória das anotações de enfermagem: Um levantamento em periódicos nacionais (1997 a 2005). *Rev. bras. Enferm.* Brasília, v. 59 (spec), p. 454-58, 2006.
- HADDAD M do CL. Qualidade da assistência de enfermagem: O processo de avaliação em um hospital universitário público. 2004. Tese (Doutorado) – USP, Ribeirão Preto.
- MATSUDA, LM; CARVALHO, ARS; ÉVORA, YDM. Anotações/registros de enfermagem em um hospital escola. *Cienc Cuid Saúde.* v.6 suplemento 2, p. 337-346, 2007.
- OCHOA-VIGO, Kattia et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 4, Dec. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080342001000400012&lng=en&nm=iso>. access on 21 Nov. 2010. doi: 10.1590/S0080-62342001000400012.
- REPPETTO MA; SOUZA MF. Avaliação da realização do registro da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em um hospital universitário. *Rev bras enferm.* Brasília, v. 58 n. 3, p. 325-29, maio-jun. 2005.
- RODRIGUES, VA; FERROCA, MG; JERICÓ MC. Glosas hospitalares: Importância das anotações de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde.* São José do Rio preto, v. 11 n. 4, p. 210-214, out-dez. 2004.
- SETZ, VG; INNOCENZO, MD. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul. Enferm.* São Paulo, v.22 n. 3, p. 313-17, maio/jun. 2009.

Qualidade e Segurança

P_79_2011 - As expectativas da melhoria da qualidade da assistência em Unidades de Terapia Intensiva do Estado de Minas Gerais, no Sistema Único de Saúde, obtidas a partir da capacitação profissional

Elaine Pererira Pontes, Renata Melgaço Gonçalves, Carlos Alberto Gonçalves, Osvaldo Kurschus De Oliveira, Telma Braga Orsini, Heloísa Azevedo Drumond, Dayenne Cristina Martins Valente, Nágela Patrícia Amaral Rocha, Márcio Augusto Gonçalves, Márcia Mascarenhas Alemão

Resumo: O estudo tem como finalidade evidenciar a melhoria das expectativas da qualidade assistencial nas unidades de terapia intensiva dos hospitais do Sistema Único de Saúde, a partir de capacitação profissional. Trata-se da apresentação dos resultados a partir de uma revisão bibliográfica realizada concomitantemente com a busca de informações junto a Coordenadoria de Terapia Intensiva da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Com a capacitação da equipe interdisciplinar dentro da Unidade, espera-se que a mesma demonstre resultados positivos com foco no desenvolvimento de novas opiniões e propostas a serem aplicadas dentro do campo de trabalho, visando a qualidade do serviço prestado ao paciente.

Palavras-chaves: Unidades de terapia intensiva, Sistema Único de Saúde, capacitação profissional, recursos humanos em saúde, qualidade da assistência à saúde.

1. Introdução

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) tornaram-se um símbolo da moderna medicina, com inegável impacto na redução da mortalidade (Barbosa *et al*, 2002 *apud* Thompson e Khot, 1985 e Pollack, Katz, Ruttimann e Getson, 1988). Segundo Nascimento e Trentini (2004), a internação em unidade de terapia intensiva é precedida de comprometimentos orgânicos, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser doente. No Brasil, as primeiras UTIs foram instaladas na década de 70, com a finalidade de centralizar pacientes graves recuperáveis em uma área hospitalar com recursos humanos, equipamentos e materiais especificamente direcionados ao cuidado desses pacientes (Kimura, Koizumi e Martins, 1997).

Nas unidades de terapia intensiva estão aqueles pacientes com risco iminente de morte e que necessitam de cuidados críticos e intensivos. Nesta situação, os mesmos não se encontram em condições de aguardar por vaga de leitos disponíveis e convencionais, necessitando de cuidados imediatos. Para que esse cuidado ocorra de forma eficiente é preciso que, além da tecnologia aplicada, haja uma equipe especializada para atender aos mesmos. Para que os riscos de uma assistência desqualificada sejam cada vez menores, é preciso capacitação desta equipe.

No setor da saúde, a política da qualidade tem gerado uma preocupação constante com a melhoria da assistência prestada ao paciente, exigindo maiores investimentos na qualificação dos trabalhadores (Nepomuceno e Kurcgant, 2008). Ao mesmo tempo, com o aumento da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o desafio de capacitação dos profissionais que atuam nos diversos serviços de saúde pública é cada dia maior, pois esse sistema tem o compromisso de prestar assistência universal e integral, de forma equânime e de boa qualidade à população (Evangelista, Barreto e Guerra, 2008 *apud* Ministério da Saúde, 1990).

2 Justificativa

A mídia em geral tem difundido a importância dos leitos de UTI para o atendimento da população. Ao mesmo tempo, têm sido divulgados os altos valores dos investimentos realizados no sistema de saúde em contraposição aos resultados obtidos. Nesta linha, o presente estudo justifica-se pelo constante desenvolvimento das UTIs, a necessidade de qualificação dos profissionais que nelas atuam, além da instigante preocupação de uma melhor qualidade assistencial nos hospitais credenciados pelo SUS. Entende-se que é necessário não só o aumento do número de leitos de UTI credenciados pelo SUS, mas também a melhoria da assistência prestada ao paciente, podendo ser alcançada por meio da capacitação da equipe multidisciplinar que se envolve no cuidado deste paciente.

3 Objetivo

Tendo em vista o exposto, este estudo foi realizado com o objetivo de se evidenciar as expectativas e o alcance da melhoria da qualidade da assistência em UTIs do Estado de Minas Gerais, no SUS, obtidas a partir da capacitação profissional. Isso se faz necessário, pois, o processo de capacitação enriquece as práticas clínicas, organiza o fluxo assistencial, promove atenção integral ao paciente e conduz uma relação de trabalho adequado envolvendo toda equipe multidisciplinar, família e paciente durante a internação hospitalar.

4 Métodos

Trata-se de pesquisa exploratória. Usou-se de uma revisão bibliográfica concomitantemente com informações obtidas junto à Coordenadoria de Terapia Intensiva da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, com o intuito de evidenciar a melhora das expectativas da qualidade assistencial a partir de capacitação profissional.

Foi realizada a busca de artigos, utilizando computadores com acesso à internet e publicações científicas, com os temas: unidades de terapia Intensiva (adulto, pediátrica e neonatal), Sistema Único de Saúde e capacitação profissional e qualificação da assistência. Os principais bancos de dados utilizados foram o BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), o BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDEF (Banco de Dados de Enfermagem) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Para localização dos artigos relevantes ao assunto proposto usou-se os seguintes descritores: Unidades de terapia intensiva, Sistema Único de Saúde, capacitação profissional, recursos humanos em saúde, qualidade da assistência à saúde. Foram incluídos todos os artigos científicos escritos em português ou traduzidos para o mesmo, com temas relevantes para o assunto proposto, analisados pelos resumos apresentados pelos autores.

5 Desenvolvimento

Entende-se que a UTI é um espaço de tecnologias complexas e que a equipe a atuar neste campo precisa ser capacitada de forma que o conhecimento técnico-científico fique mais aprimorado, a fim de se prestar o melhor atendimento possível e de se buscar a constante melhoria da qualidade assistencial ao paciente.

Em Minas Gerais, segundo informações obtidas na Coordenadoria de Unidade de Terapia Intensiva (CUTI), o credenciamento de leitos de UTI iniciou-se no Estado a partir da publicação da Portaria Ministerial nº 3432 de 12 de agosto de 1998, que estabelece critérios de classificação para as UTIs. Neste momento, todos os leitos de UTI existentes no Estado foram considerados como leitos de UTI tipo I, sendo em seguida reclassificados para tipo II ou tipo III. Os leitos tipo I, II e III são classificados considerando a densidade tecnológica que congregam.

De acordo com a última atualização realizada pela CUTI, em Dezembro de 2010, o Estado de Minas Gerais apresentava um quantitativo de 1.451 leitos adultos, 429 neonatais e 202 pediátricos disponíveis à população SUS, credenciados em portaria ministerial. Segundo Araújo (2010) *apud* Brasil (1990) o SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Uma vez que os leitos são credenciados para o SUS, é de suma importância ressaltar que, este sistema possui como proposta a extensão quantitativa da assistência e também a necessidade de qualificação dos profissionais que atuam neste campo assistencial. Segundo Haddad e Zabolí (2010), a concretização do SUS ainda representa um desafio no que se refere à qualidade da assistência de saúde considerando-se os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação social e a diretriz de humanização.

Logo, se faz necessário que a capacitação atenda às expectativas de uma atenção preconizada nos princípios doutrinários do SUS. Desde sua criação, no SUS tem-se como iminente a necessidade de se rever a gestão dos recursos humanos tanto no que se refere à sua distribuição geográfico-espacial, quanto às formas de gestão, **capacitação de pessoal** (grifo nosso) e regulação profissional (Medeiros et al, 2005). Segundo Nepomuceno e Kurcgant (2008) *apud* Donabedian (1992) o conceito de qualidade é atribuído à obtenção de maiores benefícios e redução dos riscos para o paciente e fundamenta a avaliação dos serviços de saúde em três grandes componentes relacionados: à estrutura do serviço, aos processos e aos resultados da assistência à saúde prestada a população.

Os pacientes internados em unidades de terapia intensiva dependem de uma assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados (Caetano et al, 2007), portanto, várias expectativas são colocadas para o alcance da melhoria da qualidade assistencial. Dentre elas, encontra-se a diminuição do número de iatrogenias e de eventos adversos dentro da UTI; diminuição da taxa de mortalidade dentro das unidades de terapia intensiva; aumento do número de desospitalização; redução do tempo de internação hospitalar, dentre outras.

Assim, a formação de recursos humanos para a saúde em nosso país consiste em um dos maiores desafios para a organização do setor. Há um déficit crônico de profissionais [...] qualificados, situação que coloca em risco a assistência à saúde da maior parte da população (Oliveira et al, 2002). Ainda, a capacitação profissional permite que se desenvolva a construção de diagnóstico situacional da saúde e o monitoramento da assistência hospitalar. Além disso, promove a organização da assistência podendo, esta, ser aplicada através de protocolos assistenciais, os quais ajudam na organização do fluxo de atendimento. Além dos protocolos é de extrema importância que se capacite esses profissionais abordando a clínica ao paciente, pois é preciso ter ciência sobre o que acomete o mesmo para que se possa intervir preventiva e terapêuticamente.

O desenvolvimento profissional, por meio de constante capacitação, se faz necessário para que se possa implementar práticas potencialmente melhores, fazendo com que exista reconhecimento do trabalho em equipe para qualificar a assistência. A importância do processo de capacitação pode ser confirmada por Barbosa (2004, p. 86), quando diz que

[...] para garantir bons resultados e uma boa qualidade de atendimento, não basta adequar a oferta de leitos intensivos à demanda da população. Este é sem dúvida o primeiro passo: construir unidades com estrutura adequada (recursos materiais, humanos e financeiros), que possibilitem o acesso universal da população aos serviços; mas muito importante também é o aprimoramento dos processos de assistência, e isso só poderá ser alcançado através de um investimento sustentado tanto na formação e educação continuada de toda a equipe de saúde como em linhas de pesquisa específicas para o setor.

Para um bom funcionamento hospitalar, não basta somente equipamentos de boa qualidade, número de profissionais suficiente e área física adequada. Os profissionais que atuam na UTI necessitam de capacitação profissional para que haja melhoria da qualidade da assistência prestada aos pacientes hospitalizados neste ambiente de maior complexidade.

De acordo com Deluiz (2001) *apud* Peduzzi (1997), é fundamental ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais. Qualquer projeto de capacitação profissional no campo da saúde deve levar em conta a construção de um raciocínio técnico-científico cada vez mais aprimorado, além do raciocínio ético e político, para se desenvolver o melhor trabalho possível.

A formação técnico-científica aliada à humanização dos profissionais de saúde pode favorecer o atendimento e a comunicação dos mesmos com o paciente e a sua família, uma vez que esta está inserida continuamente no processo de internação do paciente. Portanto, capacitar esses profissionais favorece uma qualificação assistencial para com o paciente e com a família do mesmo, proporcionando um melhor vínculo entre as partes envolvidas.

Isso deve acontecer principalmente em um ambiente de Terapia Intensiva, onde a maioria dos pacientes não tem a possibilidade de responder por si e por este motivo, quem acompanha sua evolução de perto é seu familiar. Conhecer as necessidades e as expectativas dos familiares é parte fundamental não só na melhora da qualidade e humanização da Medicina Intensiva, como também é responsabilidade da equipe diminuir o processo doloroso que envolve ter um ente querido internado na UTI (Wallau et al 2006).

A capacitação do profissional leva a garantia de um bom atendimento ao paciente e deixa os familiares mais confortáveis, confiantes e satisfeitos com o serviço ofertado pela equipe qualificada. A realização da educação contínua dos profissionais de saúde é de grande importância, uma vez que capacitar os mesmos gera impacto direto na qualidade dos serviços prestados à população, além de garantir, aos trabalhadores, valorização profissional (Lino e Calil, 2008 *apud* Frigotto, 1996). Além do aperfeiçoamento pessoal, a prática e a educação na área da saúde, como realidades sociais, estão relacionadas com os processos de desenvolvimento econômico, científico, tecnológico, político e social.

6. Resultados

Com a capacitação da equipe interdisciplinar dentro da UTI, espera-se que a mesma demonstre resultados como o desenvolvimento de novas opiniões e propostas para serem aplicadas dentro do campo de trabalho, com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade do serviço prestado ao paciente. Além disso, de acordo com Mourão (2009), a qualificação profissional nas organizações permite obter resultados para os indivíduos, para suas equipes de trabalho e também para as instituições. Ou seja, a qualificação da equipe de trabalho é um dos diferenciais na busca de ofertar produtos e serviços de qualidade, assim como na assistência em serviços de saúde.

7. Conclusões

A UTI é um espaço onde se presta assistência qualificada e especializada, independentemente dos mecanismos tecnológicos utilizados serem cada vez mais avançados, capazes de tornar mais eficiente o cuidado prestado ao paciente em estado crítico. Considerar as diretrizes assistenciais e gerenciais indispensáveis à prestação do cuidado, por meio de programas de treinamento e desenvolvimento, visa promover melhor atuação dos profissionais para obtenção de melhores resultados.

Qualificar a assistência oferecida pelos profissionais através de um processo de capacitação possibilita ainda mais a humanização do atendimento aos pacientes. Com isso, pode-se chegar mais rápido ao objetivo final de uma assistência qualificada: a recuperação e desospitalização segura do paciente. Quanto mais qualificado for o atendimento, maior a garantia de que o paciente receba alta sem consequências físicas, deficiências ou perdas funcionais ocasionadas pela patologia ou pelo próprio tratamento, garantindo, assim, a satisfação dos familiares e da própria equipe capacitada.

Através do estudo realizado e pelos conhecimentos adquiridos, observa-se que é indiscutível a importância dos processos de capacitação e desenvolvimento dos recursos humanos nas instituições de saúde credenciadas para o SUS. O investimento na capacitação da equipe de saúde segundo as competências técnico-científicas, sócio-educativas e ético-políticas, pode contribuir para o aumento das expectativas da melhora da qualidade da assistência, principalmente em Terapia Intensiva.

Referências

- Araujo MAD. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, vol.27, n.3, pp.230-236, 2010.
- Barbosa et al. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. *Rev Assoc Med Bras*; vol.48, n.4: pp.303-311, 2002.
- Barbosa, AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *Jornal de Pediatria*, vol. 80, n.6, pp. 437-438, 2004.
- Caetano et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: estudo reflexivo. *Esc Anna Nery R Enferm*, vol.11, n.2, PP. 325-330, 2007.
- Deluiz, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Humanizar cuidado de saúde: uma questão de competência**. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Ministério da Saúde, pp.7-17, 2001.
- Evangelista, PA; Barreto, SM e Guerra, L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cad. Saúde Pública*, vol.24, n.4, pp. 767-776, 2008.
- Haddad, JGV e Zaboli, ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. *O Mundo da Saúde*, vol.34, n.1 pp.86-91, 2010.
- Kimura, M; Koizumi, MS e Martins, LMM. Caracterização das Unidades de Terapia Intensiva do município de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.31, n.2, pp. 304-315, 1997.
- Lino, MM e Calil, AM. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.42, n.4, pp. 777-783, 2008.
- Medeiros, et al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.10, n.2, pp. 433-440, 2005.
- Mourão, L. Oportunidades de qualificação profissional no Brasil: reflexões a partir de um panorama quantitativo. *Rev. adm. contemp.*, vol.13, n.1, pp. 136-153, 2009.
- Nascimento ERP e Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.12, n.2, pp.250-257, 2004.
- Nepomuceno, LMR e Kurcgant, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem*. *Rev Esc Enferm USP*, v. 42, n.4, pp.665-72, 2008.
- Oliveira, et al. Profissionalização de atendentes de enfermagem no Estado de São Paulo: um estudo sobre a oferta e demanda de formação. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.10, n.5, pp.637-643, 2002.
- Secretaria de Estado de Estado de Saúde. SES/MG. *Coordenadoria. Unidade de Terapia Intensiva – UTI*, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2010.
- Wallau, et al. Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares?. *Rev. bras. ter. intensiva*, v.18, n.1, pp. 45-51, 2006.

Indicadores Assistenciais

P_80_2011 - Influência da gestão de material médico hospitalar no trabalho de profissionais de hospital público de média complexidade

Simone Domingues Garcia, Daniele Bernardi Da Costa, Maria Do Carmo Lourenço Haddad, Marli Terezinha Vanucchi, Mara Solange Gomes Dellaroza

Resumo: Estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa. Objetivo: identificar a influência da gestão de material médico hospitalar no trabalho de profissionais de hospital público de média complexidade. A coleta de dados realizou-se julho de 2010, com 19 profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos administrativos e auxiliares operacionais). As informações foram levantadas com a questão: como a gestão de materiais influencia o seu processo de trabalho? Notou-se a centralização na direção de enfermagem, necessitando da participação de outros profissionais para diminuir fragilidades na gestão de materiais. Também a necessidade de educação continuada enfocando a importância da utilização adequada e da conservação dos materiais.

Descritores: Recursos materiais, gestão de materiais, gerenciamento em enfermagem.

Introdução

No processo gerencial na área da saúde um dos setores mais complexos e de maior custo, que exige constantes atualizações devido às mudanças e surgimentos de novos produtos é a área de gestão de materiais⁽¹⁾.

Materiais são considerados insumos ou fatores produtivos, de natureza física, com determinada durabilidade, empregados na realização de procedimentos/atividades assistenciais aos pacientes. A escassez de alguns materiais imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços de enfermagem⁽²⁾.

A atuação do enfermeiro na administração de recursos materiais constitui-se uma conquista nas esferas de tomada de decisão, destacando o importante papel do enfermeiro na dimensão técnico-administrativa inerente ao processo de cuidar e gerenciar⁽⁴⁾.

A organização do serviço de enfermagem deve incluir no planejamento a qualidade e quantidade de equipamentos e materiais necessários as unidades, levando em conta o número de leitos, os tipos de unidades, a idade e o sexo dos pacientes, os tipos de enfermidade, os custos e a durabilidade do material, o armazenamento entre outros aspectos⁽⁵⁾.

É fundamental que a equipe de enfermagem conheça a política adotada pelo hospital em relação ao processo de compras de materiais e equipamentos, para que possa trabalhar em estreita colaboração com o setor responsável por essa função, garantindo, assim, a aquisição de produtos que mesmo com o menor preço, satisfaçam os padrões técnicos e de segurança⁽⁵⁾.

É válido ressaltar que a aquisição de materiais em instituições públicas segue a lei 86.666/93 que norteia as licitações⁽⁶⁾.

Objetivo

Considerando as reflexões descritas acima, esta pesquisa tem como objetivo identificar a influência da gestão de material médico hospitalar no processo de trabalho de profissionais de hospital público de média complexidade.

Justificativa

Justifico a importância da realização do trabalho visto ser um tema atual, de abrangência gerencial dentro da área de enfermagem, que necessita de maiores discussões por trazer grandes benefícios aos profissionais que possuem conhecimento na área tanto em âmbito hospitalar como em unidades básicas.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa.

As abordagens qualitativas conformam-se melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos⁽⁷⁾.

O estudo foi realizado em um hospital público de média complexidade, integrado ao Sistema Único de Saúde e localizado na região norte do Paraná. Presta serviço de Pronto-Atendimento nas clínicas médica, cirúrgica e pediátrica.

O serviço de internação conta com 14 leitos pediátricos, 20 leitos da clínica médica, e 10 leitos de clínica cirúrgica. O serviço de pronto-atendimento possui 15 leitos de observação, 10 de internação e 2 salas de emergências correspondendo a 4 leitos. Possui serviço de cirurgias eletivas de médio e pequeno porte.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas, sendo que na primeira realizou-se a análise de documentos referentes a gestão dos recursos materiais disponíveis em manuais, ofícios, regulamentos, leis, entre outros.

A segunda etapa constitui-se na realização de entrevistas com trabalhadores envolvidos no processo de gestão e utilização de material médico hospitalar.

A opinião do entrevistado foi obtida por meio da seguinte questão norteadora: Qual a influência da gestão de material médico hospitalar no seu processo de trabalho?

Os critérios de inclusão no estudo era que o trabalhador participasse diretamente da padronização, especificação e previsão de material médico hospitalar.

Após a coleta os dados foram transcritos e analisados buscando encontrar através da análise dos discursos seu real significado para os autores envolvidos.

Para garantir o anonimato dos trabalhadores, substituímos os nomes por iniciais da categoria profissional e assim sucessivamente, sendo EG (enfermeiro gerente); EA (enfermeiro assistencial) em uma numeração de um a sete; EM (enfermeiro que realiza compra dos materiais); TE (técnico de enfermagem) seguindo numeração de um a seis; TA (Técnico administrativo) um e dois e AO (auxiliar operacional) um e dois, formando assim unidades de significado de acordo com o cargo desempenhado.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com cadastro no SISNEP sob a CAAE nº 0094.0.268.000-10.

Resultados

Apresentamos os resultados em duas etapas, sendo a primeira em forma de fluxograma (Figura 1) onde é demonstrado o processo de gestão de material médico hospitalar na instituição onde o estudo foi realizado; e na segunda etapa apresentamos a análise e discussão dos dados coletados nas entrevistas que foram classificadas em cinco categorias.

Após análise das entrevistas formou-se categorias que expressam a influência da gestão de material médico hospitalar no processo de trabalho dos atores envolvidos, definindo-se cinco categorias de estudo, sendo:

1) Ausência de autonomia na escolha dos materiais; 2) Falta de manutenção de equipamentos e materiais médico hospitalar; 3) Burocracia no processo de compra; 4) Falta de qualidade de alguns materiais; e 5) Ausência de capacitação profissional voltada para a gestão de materiais.

As categorias formadas envolvem aspectos positivos e negativos do processo de trabalho, respeitando o significado formado em cada profissional durante o viver de sua tarefa.

Categoria 1 - Ausência de autonomia na escolha dos materiais

Nessa categoria os enfermeiros assistenciais citaram a necessidade de participarem na escolha dos materiais, considerando que são eles que utilizam os materiais médico hospitalares no dia-a-dia.

Enfermeiro do setor deveria participar do processo licitatório porque nós que sabemos se o material é bom ou não. (E.A)

Torna-se visível ao analisar essa categoria a dicotomia existente nas funções gerenciais e assistenciais do enfermeiro.

é necessário que o enfermeiro hospitalar tenha uma visão holística da assistência prestada e desenvolva pontos gerenciais do serviço, demonstrando que a dicotomia existente entre assistência e gerência é algo desfavorável ao desenvolvimento do processo de trabalho⁽⁸⁾.

Categoria 2 - Falta de manutenção de equipamentos e materiais médico hospitalar

Durante as entrevistas o conceito de materiais e equipamentos não apresentou diferenciação, demonstrando que os profissionais acreditam que materiais envolvem desde os de consumo até os equipamentos permanentes.

Relataram que um dos principais problemas enfrentados é o mau uso dos equipamentos e a falta de manutenção, influenciando diretamente na qualidade da assistência oferecida.

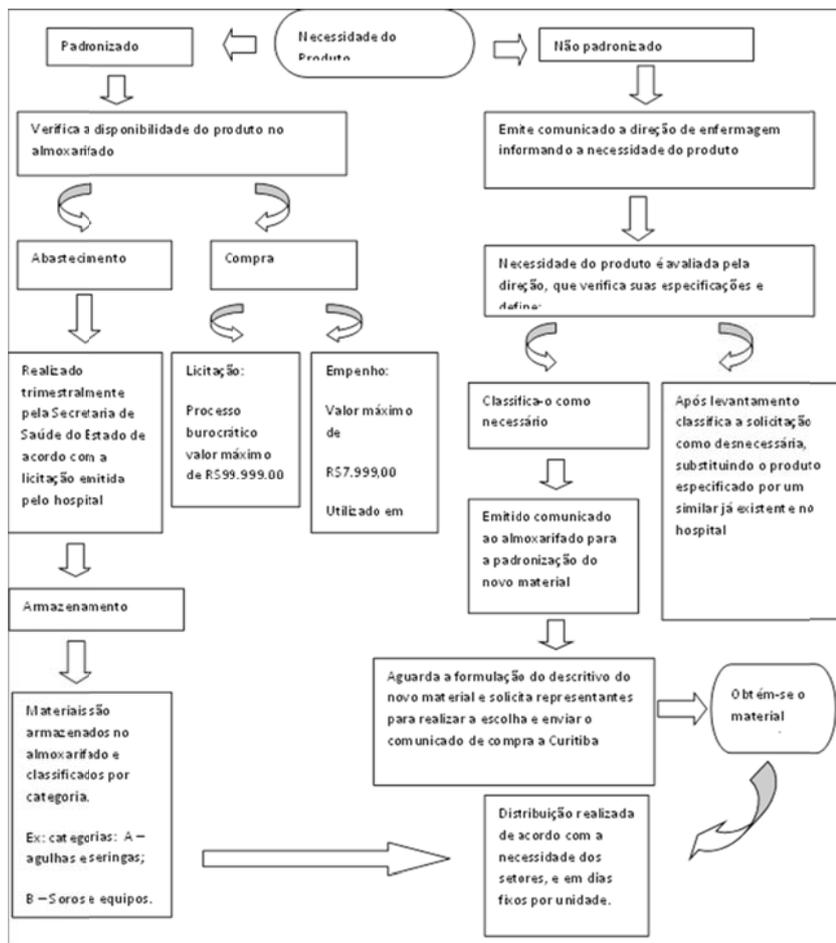


Figura 1 - Fluxograma do processo de gestão de material médico hospitalar em hospital público de média complexidade. Londrina-PR, 2010.

Manutenção demorada e não há manutenção preventiva regular. (T.E) (E.A)

A escassez de equipamentos necessários e específicos também foi referida, ocasionando a interrupção da assistência, levando a vivência de situações danosas e estressantes para o cliente, família e profissionais.

[...] falta tudo[] se tivesse número adequado seria mais rápido mais fácil. (E.A)

Comprova-se que é necessário proporcionar a equipe o conhecimento a cerca do uso correto dos materiais, sendo uma estratégia fundamental para prover assistência de qualidade aos pacientes, e proporcionar aos funcionários um ambiente satisfatório de trabalho.

Estudos confirmam que as enfermeiras constituem-se um nível decisório importante na alocação de recursos, quando decidem em suas unidades de trabalho as prioridades de seus serviços, decidem quem e quanto tempo será despendido nos cuidados, e quais recursos serão empregados. Essas decisões afetam diretamente no número e na qualidade dos atendimentos⁽¹⁰⁾.

Categoria 3 - Burocracia no processo de compra

O processo de compra no hospital em estudo é feito de duas formas: por licitação mais comumente e por empenho. A licitação trata-se de um processo minucioso e burocrático que faz parte das grandes empresas e instituições públicas.

Tudo passa por licitação, não pode escolher o material, ganha o menor preço; tempo de espera pelo material; não tem acesso ao material antes de chegar, já chega comprado. (E.A)

Considerou-se que o processo de aquisição da instituição respeita as normas preconizadas pelo SUS, o que mostra com isso suas vantagens e fragilidades, como fragilidade no caso o tempo extenso necessário para considerar um material insatisfatório para uso.

Categoria 4 - Falta de qualidade de alguns materiais

A qualidade dos produtos disponíveis está diretamente ligada ao processo de aquisição e uso destes materiais.

A qualidade se torna um defeito tem material em abundância, mas as pessoas desperdiçam. (T.E) (E.A)

Com o envolvimento maior de toda a equipe que utiliza o material aumentam as oportunidades de optar por materiais adequados e superiores, e também a valorização da equipe que sente-se inserida no processo de aquisição.

Categoria 5 - Ausência de capacitação profissional voltada para a gestão de materiais

A enfermagem é responsável pela gerência de unidades, atividade esta que engloba a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço e pela gerência do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe de enfermagem⁽⁸⁾.

Com a fala de um ator envolvido na ação pode-se notar a ausência de envolvimento na gestão de materiais:

A enfermagem deveria estar mais envolvida com a gestão de materiais. (A.O)

Dimensionar a equipe de forma que otimize o processo de trabalho é o desejo de todas as empresas, e para isso é necessário qualificar os funcionários envolvidos.

A valorização do tema e conscientização da equipe torna-se essencial para alcançar mudança notável no desenvolvimento do trabalho, alcançando com isso benefícios ao produto final, no caso o cliente atendido.

Conclusões

Conclui-se com a pesquisa que os profissionais relacionados a gestão de materiais desconhecem a real importância do gerenciamento de materiais na instituição em estudo.

Demonstraram a necessidade de realizar educação continuada com a equipe envolvida abrangendo competências como o uso adequado dos materiais, a preservação dos equipamentos em uso, a consequência do desperdício para o serviço entre outros.

A ausência de integração dos profissionais durante a escolha dos materiais também foi destaque no trabalho, que demonstrou claramente a divisão de funções como distanciamento entre os profissionais, influenciando assim na qualidade dos produtos escolhidos.

Também se tornou oportuno a discussão da importância do tema para a equipe de enfermagem e enfermeiros responsáveis, visto que influencia diretamente na qualidade da assistência prestada.

O trabalho levantou pontos importantes para o gerenciamento de materiais e demonstrou a necessidade de continuidade de pesquisas no tema, para que oportunize com isso novas possibilidades de melhorar o gerenciamento de materiais nos serviços.

Referências

- Honório MT, Albuquerque GL. A gestão de materiais em enfermagem. *Ciênc Cuid e Saúde* 2005 set/dez; 4(3): 259-68.
- Mesquita SRAM, Anselmi ML, Santos CB, Hayashida M. Programa interdisciplinar de interação domiciliar de Marília-SP: Custos de recursos materiais consumidos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 jul/ago; 13(4): 555-61.
- Francischini PG, Gurgel FA. Administração de materiais e do patrimônio. São Paulo: Pioneira Thonson; 2002.
- Castilho C. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P, Tronchin DMR, Fugulin FMT, Peres HHC, Marrarollo MCKB, Fernandes MFP, *et al*. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap 12 p. 157-170.
- BARTMANN, Mercilda; TÚLIO, Ruth; KRAUSER, Lucia Toyoshima. Administração na saúde e na enfermagem. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008. cap 3 p.61-65.
- Brasil. Secretaria da Fazenda. Lei n.º 86.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. Brasília, 1993.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- Peres A.M; Ciampone, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto contexto enferm*. vol.15 nº. 3. Florianópolis Julho/Setembro. 2006.
- Cogitare Enferm 2009 Jan/Mar; 14(1):150-8 A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica Marina Massaro , Lucieli Dias Pedreschi Chaves .
- Rev Esc Enferm USP 2002; 36(3): 240-4. A enfermagem e o gerenciamento de custos Francisco IMF, Castilho V.
- Ciência e saúde coletiva julho-agosto, 2007 volume 12 número 004 maria infante/ maria angelica borges dos santos A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área da saúde.
- Perspectivas online volume 4. número 13, 2010 O gestor hospitalar e sua atuação frente ao suprimento de materiais Washington Luiz Campos Roberto.
- Aguiar, Ana Beatriz; Costa Raquel da Silva Barros; Weirich, Claci Fátima; Bezerra Ana Lúcia Queiroz Gerência dos Serviços de Enfermagem Um Estudo Bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, V. 07 n. 03 p.318 – 326 2005.

Qualidade e Segurança

P_81_2011 - Financiamento e Qualificação dos Gastos Em Saúde no Brasil

Osvaldo Kurschus De Oliveira, Nágela Patricia Amaral Rocha, Telma Braga Orsini, Renata Melgaço Gonçalves, Renata Melgaço Gonçalves, Carlos Alberto Gonçalves, Heloisa Azevedo Drumond, Elaine Pontes, Dayenne Cristina Martins Valente, Marcia Mascarenhas Alemão, Marcio Augusto Gonçalves

Resumo: Atualmente é preciso focar a nossa atenção no crescente aumento das despesas que passaram a vigorar em saúde no Brasil, levando-se em consideração seu custo segundo os componentes: preço e quantidade. Em relação ao índice de preços, podemos dizer que esse elemento representa aumento de custos unitários por sua vez determinados em função da inflação inerente aos insumos como também pela incorporação tecnológica.

Já o índice de quantidade são aqueles relacionados ao aumento da utilização efetuada pelos beneficiários levando-se em consideração principalmente os fatores sociais, demográficos e perfil epidemiológico da população. O que passa a ser no momento desafio nacional.

Palavras Chaves: Política de Saúde, Usuário, Custo, Medicamentos, PDR, SES/MG

Introdução

Em virtude do aumento considerável e comprovado dos gastos com saúde, tanto públicos como privados, torna-se imprescindível obter controle sobre os mesmos pois passaram a representar um desafio nacional.

O certo é que em nosso país ainda não fomos capazes de definir o que realmente queremos, pois a nossa atual Constituição Federal garante a toda população brasileira um atendimento gratuito e universal, conforme dispõe o art. 196 que diz: *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*, sendo que ainda não existem meios concretos que tornem esta realidade verdadeira e absoluta.

Infelizmente ainda não se pode proporcionar, apesar do aumento de recursos ora em vigor, melhorias significativas e condições favoráveis em matéria de saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Ficamos portanto, em detrimento das premissas constitucionais relacionadas a saúde impotentes, sem soluções eficientes e eficazes relativas as seguintes três questões básicas e obrigatórias a serem respondidas:

Em relação a cada doença e seu estagio diagnosticado até que ponto deve-se investir em seu tratamento e acompanhamento?

Deveremos investir mais em pacientes com mais de 60 anos portadores de hemodiálise ou priorizar transplantes renais em indivíduos com até 50 anos de idade?

Em relação a procedimentos e medicamentos como devem ser padronizados e utilizados em cada caso concretamente diagnosticado em relação a pacientes?

Estas indagações se fazem necessárias devido ao fato de que se torna a cada dia que passa necessário se definir prioridades relacionadas a saúde como um todo.

Objetivo

Atualmente em virtude da redução de recursos financeiros disponibilizados em nosso país, através desse trabalho buscou-se demonstrar, a importância imprescindível de

E obter controle sobre os mesmos pois passaram a representar desafio nacional para que não haja comprometimento dos serviços ora prestados principalmente em relação a saúde junto a nossa população.

Justificativa

Atualmente podemos constatar que a política de saúde praticada principalmente nos últimos anos no Brasil tem sido alvo de atenção e objeto de profundas discussões principalmente no âmbito governamental. A "crise" da saúde como sempre repercutiu pelos meios de comunicação e ganhou as ruas e criou foro de questão prioritária para ser discutida pela sociedade brasileira.

Sendo assim torna-se prioridade no momento entender esta situação que se faz presente devido ao fato de que atualmente nos deparamos com um aumento crescente de demanda por saúde enquanto observamos ao mesmo tempo acontecer a escassez de recurso disponibilizados a todas as áreas que se inserem na pratica de políticas de saúde em nosso país.

Também necessidade premente de se promover como forma de redução de custos e melhoria de atendimento em relação ao atuais serviços prestados em saúde a nossa população como forma de sustentar e garantir os serviços ora prestados junto a população.

Sendo assim alguns fatores precisam ser conhecidos par que haja a melhoria de atendimento e prestação de serviços dentre eles destacamos:

- Se conhecer a relação Custo X Benefício;
- Qual e a qualidade e quantidade dos trabalhos prestados em saúde como também quais foram os resultados obtidos;
- Qual a extensão dos benefícios assegurados e disponibilizados a população atendida;
- Por fim, como ocorreu a efetividade e eficácia dos mesmos.

Métodos

O método aplicado para a realização desse trabalho foi baseado principalmente na análise, discussão e acompanhamento de dados e informações tanto em nível de artigos publicados, como também através de informações e dados capturados em pesquisas como também os já divulgados pela mídia em geral.

Também se buscou, como iniciativa complementar, conciliar nesse trabalho informações, dados e estudos, já efetuados em varias áreas que envolvam o tema saúde tanto na capital mineira como em algumas micros e macrorregiões já definidas no Estado de Minas Gerais levando-se em consideração o Plano Diretor de Regionalização PDR, já consolidado na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, atualmente sendo utilizado como ferramenta gerencial voltada a contribuir para que se possa firmar uma melhoria significativa dos indicadores de saúde ora colocados em pratica de forma a torná-los mais confiáveis e dignos de referência para planejamentos e consolidação de novos trabalhos.

E mais, buscou-se também levar em consideração as diversas causas Internas e as acentuadas disparidades regionais e sociais por estarem as mesmas no momento ocasionado ganhos diferenciados e maiores para regiões e grupos sociais mais ricos, gerando uma situação paradoxal, em que a queda geral dos indicadores de saúde passou a ser acompanhada da ampliação dos diferenciais inter-regionais e interclasses sociais.

Resultados

Como resultados diante deste estudo podemos destacar as seguintes situações:

a)- Em relação ao ano de 2007, em relação à saúde, pudemos constatar que no Brasil ocorreu um gasto significativo envolvendo pacientes do sistema privado em função de atendimento executados absorvendo um volume de 40 milhões de pessoas gerando em contra partida um desembolso equivalente a 43% ou seja, 94,17 milhões de reais enquanto que o setor público, em função de 219 milhões no total despendido para tal fim, arcou com 57% ou seja 124,83 milhões.

b)- Em comparação a média de gasto anual em saúde por pessoa em 2007, temos como valores apurados em relação aos planos privados o valor de R\$ 1.428,00 enquanto que em relação ao SUS foi de R\$ 675,00.

c)- Também podemos enunciar a comparação entre os gastos efetuados em proporção ao PIB no Brasil abrangendo o período de 1995 – 2007 que em 1995 foi de 6,7%, 1999 foi de 7,1%, 2003 foi de 7,5 e em 2007 foi de 8,6% demonstrando que esta situação tende a crescer em percentual.

d)- Já ao nos depararmos com o indicador referente a inflação referente ao período de dezembro de 2007 constatamos que o mesmo foi de 3,7% para dezembro de 2007, 4,2% em julho de 2008 e em fevereiro de 2009 foi de 5,9%. Em relação a variação de custo médico-hospitalar neste mesmo períodos constatou-se que em dezembro de 2007 foi de 8,1%, em julho de 2008⁸ mesma se manteve em 8,1% enquanto que em fevereiro de 2009 subiu para 10,4%.

e)- Outro fator também importe a ser levado em consideração é que a venda interna de medicamentos cresceu aproximadamente em quase 80%, sendo que o faturamento liquido das empresas ligadas aos planos de saúde aumentaram em aproximadamente 111% determinando novo recorde nacional. É bom salientar que no atual momento chegamos ao marco de sermos o nono maior consumidor de medicamentos deste planeta com objetivos e metas a alcançar nos próximos quatro anos a sétima posição mundial.

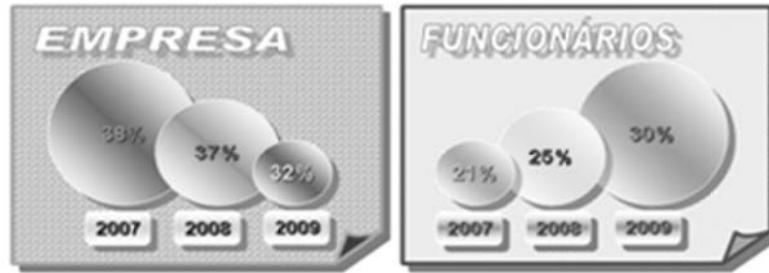
f)- Atualmente em decorrência da alta demanda de procura por atendimento público em saúde em nosso país, o Ministério da Saúde – MS, por questão de pressão, esta procurando se adequar a esta nova realidade promovendo a criação de um grupo composto de especialistas com a difícil tarefa de analisar drogas e tipos de tratamentos novos que terão de serem acobertados pelo SUS, forçando desta forma a maioria dos planos privados de saúde também a se ingressarem nesta questão já que terão de se adequarem a uma nova política de saúde como forma de se sustentarem a longo prazo no atual cenário brasileiro.

g)- E mais, conforme apuração já efetuada envolvendo os últimos cinco anos constatou-se que a receita inerente aos 30 maiores hospitais privados brasileiros duplicou em valor. Tudo isso se deve principalmente ao crescente aumento do volume de investimentos ora efetuados em nome da saúde por parte do nosso atual governo, mesmo apesar de todas as dificuldades e mazelas que norteiam o sistema publico de saúde ora vigente em nosso país, onde no período de 2003 à 2007 apurou-se que foram injetados diversificadamente cerca de 42 bilhões de reais.

h)- Outro fator relevante que se tem de levar em consideração é que chegou-se a conclusão de que cerca de 70% dos consumidores de planos de saúde se concentram em duas categorias a saber:

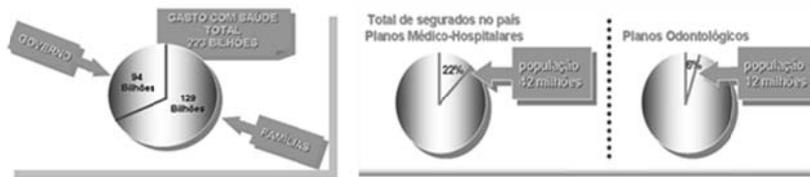
Funcionários de empresas que recebem o plano de saúde como parte de benefício;
Profissionais em geral que adquirem pacotes através de associações de classe.

Em detrimento desta situação, podemos observar, conforme quadro abaixo, que o cenário quanto a responsabilidade de se arcar com as despesas referente a planos de assistência médica esta migrando do caixa das empresas para o bolso dos seus funcionários.



Fonte: Towers Watson

i)- Abaixo apresentamos uma análise referente a gastos comprovados com saúde ocorreram em 2007 em relação ao nosso país.



Fonte: IBGE 2007

Conclusões

Sendo assim é preciso reduzir custos com coerência e sensatez além de se propor e desenhar um novo modelo de saúde pública a ser praticada em nosso país de forma que seja plenamente satisfatória, baseada em valor expressivo ao paciente como meio de se dar suporte e musculatura ao próprio sistema, com também definitivamente se concretizar mudanças significativas e produtivas na estrutura que envolve o atual sistema de saúde.

Somente agindo desta forma é que poderemos oferecer tratamento digno integrado e especializado a todos os pacientes apoiados na redução real e compatível de custos sem comprometer a qualidade dos serviços ora prestados em saúde, tendo como suporte a tecnologia da informação, cujo benefício proporcionado se resume basicamente no aumento da capacidade de mensuração, isto é, de gerar dados estatísticos e informações complementares condizentes com a realidade, plenamente confiáveis para que haja o correto planejamento em todas as frentes tanto a curto, médio ou longo prazo.

Portanto torna-se prioridade neste momento mudar radicalmente a estrutura atual do sistema de saúde ora vigente no Brasil, que por sua vez é uma missão bastante usada e desafiadora pois em seu conteúdo não envolve somente apenas fatores relacionados a saúde ou a própria econômicos em si.

Importante também é promover uma seria mudança na maneira de se remunerar todos os profissionais de saúde, bem como em relação aos prestadores de serviços em saúde objetivando se alcançar melhoria de resultados e não simplesmente ficarmos voltados aos velhos procedimentos antiquados e obsoletos ainda em vigor e comumente praticados dentro de nossas fronteiras.

Enfim, o problema com relação a saúde ora praticada em nosso país é com certeza estruturalmente de responsabilidade de toda a nossa sociedade pelo motivo de que quem realmente financia a saúde de forma geral é o cidadão brasileiro, seja pagando plano privado de saúde, seja pagando os seus devidos impostos.

Referências

- 1º Seminário Nacional – Observatório de Custos Hospitalares e da Assistência Farmacêutica como Estratégia de Inovação e Benefício Social
- Seminário Gastos Catastróficos em Saúde no Brasil, realizado na Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo (FEA-USP).
- Dr. Cláudio Lottenberg, Presidente do Hospital Albert Einstein Brasília - O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- Fundação Getúlio Vargas – FGV
- Dados do Ministério da Saúde
- Organização Mundial de Saúde – OMS
- Institutos Nacionais de Saúde (INS) dos EUA
- Marcelo Noll Barbosa – Presidente do Grupo DASA
- Marsh – Administradora de Planos de Saúde Empresariais e Corretora
- Carlos Henrique de Almeida – assessor Econômico da Serasa Experian
- OECD Health data 97 – Health data for Windows Anahp, Abimo, IMS Health e ANS

Indicadores Assistenciais

P_82_2011 - O uso racional de medicamentos

Telma Braga Orsini, Nágela Patricia Amaral Rocha, Renata Melgaço Gonçalves, Carlos Alberto Gonçalves, Osvaldo Kurschus de Oliveira, Elaine Pontes, Heloisa Azevedo Drumond, Dayenne Cristina Martins Valente, Marcia Mascarenhas Alemao, Marcio Augusto Gonçalves

Resumo: A Organização Mundial da Saúde (OMS) preocupada com o uso racional de medicamentos realizou uma conferência em Nairóbi, em 1985 para discutir esta questão. Foi estabelecido que o uso racional de medicamentos requeresse que os pacientes recebam os medicamentos apropriados para situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para eles e sua comunidade. Então, aqui nesse conceito de uso racional de medicamentos, várias dimensões podem ser percebidas e a assistência farmacêutica já está totalmente envolvida na questão da garantia do uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: OMS. Custo. Necessidades Individuais. Assistência Farmacêutica. Uso Racional de Medicamentos.

INTRODUÇÃO

Medicamento é a intervenção terapêutica mais utilizada atualmente e é concebida como modelo biomédico de tratar as pessoas e encarar e até derrotar as doenças. O indivíduo tanto quanto corpo social, coletivo de corpos individuais são alvos privilegiado de intervenção médica e um laboratório vivo do progresso médico farmacêutico.

É preciso produzir os medicamentos que são considerados essenciais, ou seja, aqueles para doenças que são prioritárias a um custo que seja sustentado pela sociedade. Porque se não for e se as pessoas não puderem pagar ou se o Estado não puder pagar para garantir aquele acesso então você não consegue garantir que as pessoas façam uso do medicamento. Portanto, elas não vão ter o produto que satisfaça a sua necessidade individual. Também é preciso considerar a logística, pois para que a população faça uso do medicamento é necessário que este chegue ao serviço de saúde e ao usuário. Então, todas essas questões envolvem o uso racional de medicamentos.

JUSTIFICATIVA

A medicina moderna fragmentou o indivíduo com a incidência de vários especialistas na área. Cada um cuidando de uma parte do corpo que é vista como um alvo, um receptor no cérebro, um receptor nas células que se ataca para se atingir um determinado fim. Então, a medicina moderna traz o conceito e o medicamento é visto como um produto extremamente importante nesse contexto. Então o medicamento é uma forma especial de intervenção médica.

É inegável que houve avanços terapêuticos. Imagine uma cirurgia do século XIX com o uso de éter. Usava-se éter e de lá para cá muitos avanços ocorreram e vários anestésicos foram desenvolvidos. Muitos anestésicos foram desenvolvidos, o que permitiu manter as pessoas em um centro cirúrgico por mais tempo. Inegável também os avanços que os antimicrobianos tiveram. Alexander Fleming 1929 descobriu por acaso que existia uma substância produzida por um fungo que matava bactérias.

A partir de 1945 na Segunda Guerra mundial foi desenvolvida a primeira penicilina, havendo o desenvolvimento de diversos outros antimicrobianos. Mas ao mesmo tempo em que tivemos avanços, na década de 60, começou a difundir usos de medicamentos de forma muito sistêmica e muito intensiva e tivemos problemas muito sérios com abusos. Em 1961 houve uma síndrome de Focomelia que causa má formação nos bebês. Essa doença era provocada pela ingestão de um medicamento chamado Talidomida que era usada por gestantes para prevenir náuseas. Então, após o uso de Talidomida surgiram casos de crianças nascendo com deformações. O que chamou a atenção dos pesquisadores e atores da área da saúde o uso indiscriminado de medicamentos.

MÉTODOS

Este artigo foi realizado em pesquisas sobre uso racional de medicamentos a partir da década de 60. Nessa época as organizações internacionais começaram a ter uma preocupação muito maior com o uso de medicamentos por causa do senso comum de que o medicamento não causa nenhum dano.

Alguns afirmam que produto fitoterápico é produto natural. Confundem o conceito e esquecem que existem muitos produtos químicos dentro daquela planta que podem estar provocando um benefício, mas podem estar provocando risco. O que é fundamental é sempre ponderar o benefício que o paciente terá e o risco de uso daquele medicamento. Então essa síndrome alertou os governos que passaram a desenvolver sistemas hoje chamados de fármacos vigilância, para monitorar o uso de medicamentos e os eventos que acontecem com o uso de medicamentos nos mercados.

O mercado farmacêutico cresceu muito, segundo informações da OMS mas esse Ministério da Saúde (MS), IBGE, IPEA a ANS. Os medicamentos para uso humano evoluíram de 36,4 bilhões para 44,7 bilhões em 2007. Isso foi o consumo final das famílias, o que é vendido nas drogarias e farmácias, contando estoque e outras coisas. Medicamentos para uso humano na administração pública também cresceu de 3,8 bilhões para 4,7 bilhões.

Porque essa diferença tão grande entre aquilo que é distribuído pelo governo e aquilo que é vendido nas drogarias? Uma das grandes questões discutidas é que os medicamentos produzidos pelo governo são dispensados diante uma prescrição médica e medicamentos vendidos nas drogarias isso não acontece com frequência. Em uma drogaria é possível solicitar um antibiótico (hoje apesar da lei – ainda encontra-se esse fato), um anti-inflamatório e comprar sem prescrição médica e sai utilizando esse tipo de produto.

Essa diferença entre consumo final entre o que o governo oferta nas suas farmácias e que também um mercado vende nas drogarias e/ou farmácias é muito em decorrência disso, ainda que exista um subfinanciamento no setor público. Mencionamos este tema para termos a idéia da importância desse mercado. No contexto mundial entre 1980 e 1999 houve crescimento de 5 a quase 120 bilhões de dólares a preços constantes, ou seja, nesse período de 19 anos teve um crescimento que partiu de 5 para 120 bilhões de dólares no mercado mundial, segundo a OMS.

Em 1999, 15% da população mundial que vive em países de alta renda adquiriram e consumiram 90% do valor total de medicamentos desse mercado, compostos em 2/3 de produtos farmacêuticos patenteados, segundo a Organização Mundial da Saúde (2004). Um dos grandes consumidores são os Estados Unidos. Quando olhamos os indicadores de saúde dos Estados Unidos vemos que eles não são melhores do que países que alocam menos recursos na área de saúde, mas que tem um foco maior na prevenção e na atenção primária da saúde.

Dois terços desse mercado são compostos por produtos farmacêuticos patenteados, aqueles que elevam o custo para os governos manterem esse tipo de financiamento. Isso mostra que há pessoas consumindo demais, ou seja, é a estória da cestinha. E têm pessoas que não tem acesso aquilo que é considerado essencial como anti-hipertensivo, ao hipoglicemiante oral e assim sucessivamente. No livro de Márcia Angell existe um trabalho publicado que afirma que as indústria não gastaram em média mais do que 100 milhões de dólares para o desenvolvimento de um novo medicamento em 2001, enquanto essas empresas disseram que gastaram 802 milhões de dólares para essa finalidade. Segundo essa autora, a diferença é que a indústria tem em marketing.

Estes estudos nos mostram que parte do gasto com medicamentos é relacionada com as despesas de propaganda embora não sejam enquadradas em despesas com pesquisas e desenvolvimento. Assim as empresas dizem que estão gastando muito para desenvolver o produto, mais o que realmente elas estão gastando é com propaganda. Até mesmo porque as indústrias acabam considerando pequenas diferenças em uma molécula como uma inovação. Precisa-se fazer uma ponderação. O medicamento é um misto entre bem de consumo e bem social. Isso traz problemas. É assustador a notícia veiculada no ano de 2009 que o Rivotril e Clonazepam, psicotrópicos são os segundos medicamentos mais vendidos no país. E um dos produtos mais vendidos do país. Será que todas as pessoas que estão tomando esses medicamentos precisam tomar? Então isso traz um alerta.

RESULTADOS

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica – Resolução CNS no 328/2004 foi um grande passo no uso racional de medicamentos. É parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade

O SUS garante assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Não é integral no sentido de tudo que existe no mercado, pois são mais de 20 mil produtos diferentes. O sentido da palavra integral é o conceito do movimento sanitário, o conceito do movimento de reforma sanitária aborda três níveis de complexidade da atenção a saúde, além da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Houve avanços, mas também distorções também. Tem pessoas que estão usando anabolizantes para animais e injetando. Quantas mortes de adolescentes que usam hormônios de uso veterinário e estão fazendo o uso desses produtos? Essa é uma questão que precisamos ficar atentos. Abusos estão acontecendo. Se uma pessoa começa a engordar. Quem não gostaria de comer sem engordar. Mas a revista está vendendo essa idéia: chegou a pílula que reduz em 30% a absorção de gorduras. Então quem lê uma matéria desse tipo fica convencida de que é possível fazer tudo isso sem ter uma responsabilidade maior em relação ao seu corpo a sua saúde, sem prevenção sem nada.

Pode-se resolver com um simples comprimido. Super remédios, impotência, diabetes, AIDS, depressão, colesterol alto, dores, a revolução do tratamento desse males com esses superremédios. Então, mais uma vez está se reforçando a idéia de que se pode fazer qualquer coisa com seu corpo e que vai resolver tudo tomando um simples comprimido.

Essas são as idéias estampadas em revistas e o leitor vai confiar no anúncio. O leitor não terá conhecimento suficiente para fazer uma análise crítica do que está sendo passado para nós. Esses artigos são passados como um informativo como uma revolução sobre a ciência. Mas na verdade estão reforçando o uso de determinado produto. Houve uma capa da capa da "Isto é" que falava de antidepressivos e a capa era uma mulher com uma cara super feliz, magra, jovem, com um semblante de felicidade plena.

Volta e meia encontramos artigos dessa natureza e deparamos com a polifarmácia. Ela é definida como uma administração diária de 5 ou mais medicamentos e tem sido documentado em 39% dos idosos na comunidade. Verifica-se quantas prescrições uma pessoa idosa acaba tendo com frequência. Nas ações judiciais a pessoa reúne todas as últimas prescrições. Então anexa as no processo judicial e o juiz concede.

Verificam-se sobreposições de tratamentos. Então é um tratamento para hipertensão que foi prescrito pelo médico A e pelo médico B. Quando vai contar vê uma grande quantidade de medicamentos que aquela pessoa vai fazer o uso naquele para apenas um problema de saúde. Isso não ocorre somente no caso da ação judicial. Essa medicina fragmentada em que o indivíduo vai consultar o ortopedista para seu pé o cardiologista para o coração, o urologista por outro problema, o angiologista por outro motivo faz com que isso aconteça. Vários médicos diferentes, vários atendimentos diferentes e não há uma preocupação em enxergar o indivíduo como um todo, resultando em uma sobreposição de tratamento que o paciente acaba fazendo uso.

Isso é muito mais complicado na população idosa. Então os idosos em decorrência dos vários problemas de saúde acabam sendo mais sujeitos a esse tipo de situação, a polifarmácia que traz uma série de riscos devido ao uso excessivo de medicamentos, interação entre os medicamentos e o problema da rapidez com que os fármacos agem no corpo. Porque o organismo do idoso fica mais lento para metabolizar medicamentos. Isso faz com que ele sofra um risco maior de intoxicação ou um problema mais sério relativo ao uso desses medicamentos.

A OMS (2002) afirma que as Reações Adversas a Medicamentos (RAM) nos EUA estão entre a quarta e a sexta causa de mortalidade. Reação adversa a medicamento é uma reação que acontece usando o medicamento na dose usual. Não é relativo à overdose, mas o uso correto. E tomando de forma correta, essas reações podem ser causadoras de mortalidade. A porcentagem de admissão hospitalar devido a essas reações em alguns países está em torno de 10%. Então, a Noruega (11,5%), França (13%) e Reino Unido (16%) são países de primeiro mundo e mesmo lá vemos um percentual muito elevado de internação devido a essas reações.

CONCLUSÕES

Usar medicamentos sempre envolve um risco que tem que ser ponderado. No Brasil os medicamentos causam 30% dos casos de intoxicação humana registrados anualmente pelo SINITOX/CICT/FIOCRUZ/MS. Os benzodiazepínicos que são psicotrópicos, os antigripais, antidepressivos, antiinflamatórios são as classes de medicamentos que mais intoxicam em nosso país. Crianças menores de cinco anos representam aproximadamente 35% dos casos de intoxicação por medicamentos. Então o medicamento que está em casa é usado pela criança sem acompanhamento de um adulto. Os medicamentos estão no topo com 30,31% depois vêm em segundo lugar os domissanitários com 11,17%. Mas os medicamentos em casos registrados de intoxicação estão no topo da lista. Quando olhamos os óbitos registrados aí o medicamento cai para a segunda posição. Agrotóxico é responsável por 38% dos óbitos no caso de intoxicação. E os medicamentos ficam em segundo lugar com 16,7%. Porque essa intoxicação de medicamentos ela é decorrente de uso inadequado, a intoxicação, a tentativa de suicídio, pode ser intencional etc. Mas o medicamento mostra que quando acontece algo dessa natureza ainda consegue reverter e não chega ao óbito quanto chega com o uso de agrotóxicos.

E aí vem a questão de medicamentos: bem de consumo ou bem social? O fato é que produção, distribuição e consumo obedecem às relações do capital distanciando dos atributos de insumo para a saúde. Então não já interesse em produzir medicamentos para a população pobre que não tem como conseguir pagar por esse medicamento. São produzidos medicamentos para a população mais rica para doenças crônicas como Alzheimer, depressão entre outras. Além disso, existe conflito de interesse intrínseco entre os objetivos que são legítimos dos fabricantes, afinal eles estão produzindo e investindo nos produtos. Então, as indústrias têm seus interesses, investem, gastam seus recursos, investem para produzir o medicamento, querem o retorno e isso é legítimo e existe o interesse do governo para manter ofertar o tratamento para a sua população de forma sustentável.

No SUS triplica as ações judiciais para obter medicamentos no Ministério da Saúde. Não é somente no Ministério da Saúde, pois quem sofre mais são as Secretarias Estaduais. Foram, aproximadamente, 3 mil itens registrados de produtos aqui em Minas alvo de ações judiciais que ainda são e estão sendo financiados para a população. Em um contexto que a propaganda chegue diretamente ao consumidor não de uma forma direta, transvertida de um artigo científico de forma que os médicos são assediados pela indústria farmacêutica, a única fonte de informações deles acaba sendo a indústria.

Então, problemas dessa natureza acabam surgindo. E também a questão do problema de saúde que precisamos avançar. Foi feita essa audiência pública para discutir a questão dessas ações judiciais, no ano passado. Houve um movimento todo para discutir o problema, mas também temos que discutir o acesso e gastos com medicamentos.

A Produção/Distribuição/Consumo de medicamentos obedece às relações do Capital, distanciando-se dos atributos de um insumo para a saúde. Há conflito de interesse intrínseco entre os objetivos legítimos dos fabricantes e as necessidades sociais, médicas e econômicas dos países.

A evolução do gasto do MS em uma série de 2002 a 2007 com medicamentos fornecidos pelos seus programas. Em 2007 alcançou mais 4,7 bilhões. Somente com esses medicamentos que são distribuídos para a população. Então não tem outros programas como os quimioterápicos, não envolvem outros medicamentos que são pagos na atenção hospitalar também. O programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional mudou de nome que agora é Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Só no Ministério da saúde em termos orçamentários o ministério saiu de um gasto de 555 milhões em 2003 para quase 2 bilhões em 2007. Então, isso mostra quanto esses medicamentos tem impacto no orçamento do governo, no orçamento tanto federal quanto das Secretarias Estaduais.

Mais medicamentos não significa mais saúde. Temos que tomar cuidado com essa afirmação, tem que ter a dimensão econômica, pois uso racional envolve dinheiro e alguém precisa financiar o acesso a esse medicamento.

O uso racional envolve também uma prescrição adequada, envolve logística, o medicamento tem que estar no momento certo, envolve programação, envolve gestão e envolve uma política de regulação de mercado. Então constatamos que o uso racional de medicamentos é uma complexo.

Oferecer mais medicamentos para a população como é a 'empurroterapia', apenas de preocupar em distribuir caixinhas de produtos como muitos políticos acham isso uma grande vantagem ter as caixinhas do produto para oferecer a população. Isso não é oferecer uma assistência farmacêutica de verdade. Tem que pensar em todo o contexto e a racionalidade desse uso.

Referências

- SOBRAVIME/AIS-LAC. O que é uso racional de medicamentos. São Paulo: Sobravime, 2001, p.50.
- Guimarães, T. Uso de antimicrobianos nos idosos. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2042/pgs/materia%2020-42.html>. Acesso em 30 mar 2009.
- PFÄFFENBACH, GRACE; CARVALHO, OLGA MARIA e BERGSTEN-MENDES, GUN. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2002, vol.48, n.3 [cited 2010-03-11], pp. 237-241.
- Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/medicamentos.htm>. Acesso em 3 fev 2010.
- Vieira FS. Gasto com medicamentos do Ministério da Saúde: tendência dos programas de 2002 a 2007. Revista de Saúde Pública, 2009 (aprovado para publicação).

Avaliação de Tecnologia

P_83_2011 - Completitude, responsáveis e fontes de dados utilizadas para obtenção de informações perinatais do SIM e SINASC, no município de São Paulo.

Zilda Pereira da Silva, Daniela Schoeps, Marcia Furquim de Almeida, Luis Patrício Ortiz Flores, Elaine Garcia Minuci, Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Denise Schout, Gizelton Pereira Alencar, Airlane Pereira Alencar, Patrícia Carla Santos Thomaz, Priscila Ribeiro Raspantini

Resumo: O objetivo foi identificar a completitude, os responsáveis e as principais fontes de informação para o preenchimento das DNs e DOs neonatal e fetal em amostra de hospitais, no município de São Paulo, em 2008. Observou-se que as DNs apresentaram completitude de regular a excelente para maioria das variáveis, enquanto que nas DOs neonatais e fetais foi insatisfatória. As DNs são preenchidas por enfermeiras e pessoal administrativo. As DOs são preenchidas por pessoal administrativo e médicos, sendo que nos hospitais SUS há o preenchimento também pelo SVO/necrotério. Foram identificadas diversas fontes para o preenchimento: documentos hospitalares, observação e informação verbal.

Palavras-chave: sistemas de informação, qualidade da informação, fontes de dados, SIM, SINASC

Introdução

Com o declínio da mortalidade infantil no país, a mortalidade perinatal passou a ser um indicador indispensável para o acompanhamento das ações de saúde voltadas a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Ao mesmo tempo, devido à informatização crescente na área de saúde, há maior facilidade de acesso às bases de dados, o que permite a obtenção de indicadores específicos, tais como a mortalidade perinatal segundo idade da mãe, tipo de gravidez, peso ao nascer e duração da gestação, que se constituem em ferramentas indispensáveis para seu monitoramento, a exemplo do que já é realizado de forma rotineira na União Européia¹. Entretanto, uma das dificuldades encontradas tem sido a completitude insatisfatória de algumas variáveis, impedindo o cálculo desses indicadores.

Os dados disponíveis nos Sistemas de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e de Mortalidade (SIM) constituem-se na fonte para a obtenção desses indicadores. Vários estudos mostram que o SINASC vem sendo aprimorado ao longo do tempo, indicando melhoria da qualidade da informação disponível, com excelente completitude, mas a acurácia dos dados registrados não se mantém constante, dependendo das variáveis consideradas^{2,3,4,5,6}. Porém, o mesmo não ocorre com as informações disponíveis no SIM para os óbitos fetais e neonatais, pois a completitude de variáveis importantes para a obtenção de indicadores específicos, tais como idade da mãe, peso ao nascer, paridade e duração da gestação, deixa a desejar^{3,4}.

Bases de dados secundários ou administrativos como SIM e SINASC possuem uma multiplicidade de fontes de obtenção dos dados, e a documentação destas fontes se mostra essencial para a padronização e a normatização de sua coleta, bem como as atividades de treinamento.

Estudos sobre SIM⁷ e SINASC⁸ para nascidos vivos e óbitos perinatais mostram que estes sistemas de informação dispõem de documentação para operação e que a cobertura de eventos para o estado de São Paulo é excelente⁹. A completitude das informações é uma das dimensões importantes da qualidade dos dados presentes em grandes bases de dados¹⁰, pois dados incompletos geram distorções e vieses nos indicadores de saúde obtidos^{3,11}. Portanto, a avaliação dessa dimensão da qualidade se coloca como etapa inicial e essencial no exame das informações disponíveis nos sistemas de informação.

Contudo, outros elementos também podem afetar a qualidade, Terris e cols¹² consideram que a qualidade da informação disponível em grandes bases de dados é função da qualidade e da quantidade de informação coletada antes de sua entrada nestas bases. Os autores apontam também para a participação de fatores institucionais, tais como o tipo de serviço de saúde utilizado, a estrutura e a organização dos serviços de saúde e mencionam ainda os fatores: tempo de duração do encontro entre médicos e pacientes, treinamento da equipe profissional, presença de suporte administrativo e capacidade de armazenamento das informações.

Além dos fatores acima mencionados, estão presentes o grau de informatização dos dados hospitalares, o nível de descentralização da operação dos sistemas de informação e as atividades de gestão destes sistemas¹³, tais como treinamento e atividades rotineiras de controle da qualidade das informações.

Apesar de existir uma concentração dos eventos vitais (nascimentos e óbitos) nos hospitais, são poucos os estudos que identificam como as informações são produzidas nesses ambientes¹⁴. Com relação ao SIM e SINASC são praticamente inexistentes estudos que buscam identificar quais são as fontes empregadas para a obtenção dos dados e quem são os responsáveis por sua coleta. Conhecer esses aspectos ajuda a compreender como ocorre a gestão da produção da informação nos serviços, que deve ser entendida como parte importante dos processos de gestão da qualidade da assistência¹³.

Este estudo tem por objetivo identificar o processo de produção da informação sob os aspectos da completitude, dos responsáveis e das principais fontes de informação utilizadas para o preenchimento das declarações de nascido vivo e de óbito fetal e neonatal em amostra de hospitais SUS e não SUS, no município de São Paulo no primeiro semestre de 2008.

Material e Métodos

Os hospitais foram considerados como unidades amostrais e foram sorteados por amostragem estratificada proporcional ao número de óbitos perinatais em cada estabelecimento. Esta decisão teve por base os resultados preliminares que mostraram que a informação sobre óbitos perinatais é mais precária que a de nascidos vivos, além do fato de que estes eventos são mais raros que os de nascidos vivos. O plano amostral foi desenvolvido com base nos dados sobre nascidos vivos e óbitos perinatais do primeiro semestre de 2006, disponibilizados pela Fundação Seade.

Considerando que podem existir diferenças nas rotinas de preenchimento e fluxo dos documentos na rede SUS e não SUS, foi sorteada uma amostra de 22 hospitais, sendo 14 SUS e 8 não SUS. A elevada participação de hospitais SUS na amostra teve por objetivo obter representatividade da diversidade de prestadores de serviços SUS no MSP. O conjunto de hospitais SUS engloba estabelecimentos estaduais e municipais, organizações sociais de saúde e hospitais filantrópicos. Fazem parte da amostra 3 hospitais universitários, sendo que um deles representa também o segmento filantrópico SUS. Além destes estabelecimentos, há mais 2 hospitais públicos que desenvolvem atividades de ensino, 1 estadual e outro municipal.

Foram considerados como ineligiáveis 2 hospitais que mudaram o perfil de atendimento ao parto e ao recém-nascido em 2008. Houve recusa de participação na pesquisa de 3 hospitais. Assim, a pesquisa, que levantou outras informações além das aqui apresentadas, foi realizada em 17 hospitais.

Para identificar as fontes de dados utilizadas e os responsáveis pelo preenchimento das declarações de nascido vivo (DN) e de óbito neonatal (DO neonatal) e fetal (DO Fetal) foram realizadas entrevistas com responsáveis pelo SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), médicos obstetras, neonatologistas e enfermeiras responsáveis pela obstetrícia e unidade neonatal. Dos 17 hospitais que participaram do estudo, só foi possível completar as entrevistas com os profissionais de saúde em 14 deles.

Foram selecionadas variáveis comuns à DN e DO relativas às características da mãe, da gestação, do parto, do feto ou recém-nascido, além da presença de Más Formações Congênicas (MFC), que é exclusiva da DN. Para DOs fetais e neonatais foram obtidas também informações para as variáveis referentes ao óbito (tipo, causa e relação com o parto).

Para avaliar a completitude de registro de dados nas declarações de nascido vivo e de óbito neonatal e fetal foi utilizado critério adaptado de Mello Jorge et al¹⁵ e Costa e Frias¹⁶: excelente (>95%); bom (90 a 95%); regular (70 a 90%); ruim (50 a 70%) e muito ruim (<50%).

Para apresentação dos resultados serão consideradas apenas as categorias SUS e não-SUS, quando não houver diferença estas categorias não serão consideradas. O projeto contou com financiamento FAPESP.

Resultados

A tabela 1 mostra que a completitude das variáveis da DN pode ser considerada excelente para: idade da mãe, tipo de gravidez e tipo de parto para os hospitais SUS e não-SUS. O registro de presença de MFC é excelente nos hospitais SUS e regular nos hospitais não-SUS. A variável raça/cor apresentou preenchimento regular para os

hospitais SUS e muito ruim para os não-SUS. As variáveis: escolaridade da mãe, número de consultas de pré-natal, duração da gestação e apgar 1º e 5º minuto apresentaram preenchimento ruim nos hospitais SUS e regular para hospitais não-SUS. O peso ao nascer apresentou preenchimento regular e nº de filhos anteriores vivos e mortos mostram preenchimento muito ruim para os hospitais SUS e não-SUS.

Para as DOs neonatais observou-se preenchimento excelente somente para raça/cor nos hospitais SUS, enquanto nos estabelecimentos não-SUS o preenchimento para essa variável foi muito ruim. As variáveis idade da mãe, duração da gestação, tipo de gravidez e peso ao nascer apresentaram preenchimento ruim. As variáveis com preenchimento muito ruim foram: escolaridade da mãe, nº de filhos anteriores vivos e mortos e tipo de parto nos hospitais SUS e não-SUS.

Com relação às DO-Fetais, observou-se que apenas as variáveis duração da gestação e peso ao nascer apresentaram preenchimento excelente nos hospitais não-SUS, enquanto nos hospitais SUS esse preenchimento foi bom. A variável morte em relação ao parto apresentou preenchimento ruim no SUS e regular nos hospitais não-SUS. O tipo de gravidez apresentou preenchimento regular nos dois grupos de hospitais. O preenchimento das demais variáveis foi ruim e muito ruim tanto nos hospitais SUS como não-SUS.

A tabela 2 apresenta dados sobre os responsáveis e fontes de preenchimento das DN's, nos 14 hospitais estudados. Esses resultados não consideram a tipologia SUS e não-SUS porque não houve diferença quanto às variáveis analisadas. As DN's são preenchidas por enfermeiras ou pelo pessoal administrativo dos hospitais. A principal fonte de informação relativa às características maternas foi verbal, ou seja, as informações são obtidas diretamente por meio de perguntas dirigidas às mães.

As variáveis relativas à gestação e ao parto são predominantemente obtidas por meio de consulta a documentos hospitalares (que incluem prontuários, documentos não oficiais, como aviso de nascimento, e informações registradas nos sistemas de informação existente em dois hospitais SUS). O tipo de parto foi mais frequentemente mencionado como informação obtida diretamente na observação na sala de parto. Com relação aos dados sobre consultas de pré-natal realizadas pelas mães verificou-se que 8 hospitais utilizavam informações registradas nos documentos hospitalares e 6 obtinham estes dados por comunicação verbal das mães.

Tabela 1 - Completitude das variáveis das Declarações de Nascido Vivo, de Óbito Neonatal e de Óbito Fetal, por tipo de hospital do parto, Município de São Paulo, 1º semestre 2008.

Variáveis	DN (n=613)			DO neonatal (n=198)			DO fetal (n=211)	
	SUS (n=517)	Não (n=96)	SUS	SUS (n=185)	Não (n=13)	SUS	Não SUS (n=14)	
Mãe								
idade da mãe	97,3	100		51,9	53,9	51,8	35,7	
escolaridade da mãe	61,5	85,4		41,1	38,5	23,9	28,6	
pré-natal	63,1	86,5		NSA	NSA	NSA	NSA	
filhos vivos	38,7	29,2		35,1	23,1	50,3	21,4	
filhos mortos	5,2	0,0		29,2	7,7	32	28,6	
Gestação/parto								
duração da gestação	63,8	86,5		60,6	69,2	93,4	100	
tipo de gravidez	99,0	100		61,1	61,5	83,3	92,9	
tipo de parto	99,0	99,0		21,1	38,5	27,4	57,1	
Recém nascido/ Feto								
peso ao nascer	86,7	89,6		60	69,2	93,9	100	
raça/cor	87,2	24,0		98,4	15,4	0	0	
apgar 1	61,9	86,5		NSA	NSA	NSA	NSA	
apgar 5	61,9	86,5		NSA	NSA	NSA	NSA	
morte em relação ao parto	NSA	NSA		NSA	NSA	62,4	85,7	
mal formação congênita	95,2	53,1		NSA	NSA	NSA	NSA	

As variáveis relativas às características do recém-nascido na DN são preferencialmente obtidas nos documentos hospitalares. A raça/cor do RN é obtida por meio de informação verbal da mãe e a presença de más formações congênitas é obtida tanto por meio de documentos como de observação.

Na tabela 3 observa-se que os responsáveis pelo preenchimento da DO-neonatal são os médicos e pessoal administrativo dos hospitais. Na maioria dos estabelecimentos as variáveis relativas às características maternas são preenchidas pelo pessoal administrativo. Com relação às variáveis que descrevem as condições da gestação e do parto há uma ligeira predominância do pessoal administrativo, já para as variáveis relativas ao recém-nascido não há um padrão para todas as variáveis. A causa de morte é preenchida exclusivamente pelos médicos. O número da DN é praticamente preenchido só pelo pessoal administrativo, assim como a raça/cor. As variáveis: sexo, peso ao nascer e morte em relação ao parto apresentam o mesmo perfil observado para as informações relativas à gestação e parto. O tipo de óbito apresenta característica semelhante.

Tabela 2 - Número de Hospitais segundo responsável e fonte de dados para o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, por variável, amostra de 14 hospitais do Município de São Paulo, 1º semestre de 2008.

Variáveis	Responsável		Fonte			Total
	Adminis-trativo	Enfermeira	Documento hosp / SIH	Observação	Verbal	
Mãe						
idade mãe	7	7	4	0	10	14
escolaridade	7	7	2	0	12	14
nº filhos gestações anteriores	7	7	4	0	10	14
Gestação/parto						
duração da gestação	7	7	12	0	2	14
tipo da gravidez	7	7	10	2	2	14
tipo de parto	7	7	9	5	0	14
consulta PN	7	7	8	0	6	14
Recém nascido						
Sexo	7	7	10	4	0	14
peso nascer	7	7	10	4	0	14
raça/cor	7	7	1	3	10	14
apgar	7	7	9	5	0	14
mal formação congênita	7	7	7	7	0	14

Na DO-neonatal as fontes de dados mais frequentes no preenchimento das variáveis estudadas são os documentos hospitalares, seguidas da informação verbal obtida das mães, observação dos profissionais de saúde e a DN. Não se identificou um padrão diferencial de fontes nos hospitais SUS e não SUS.

Todas as variáveis tiveram como fonte de dados preferencial os documentos hospitalares. Alguns hospitais utilizaram a comunicação verbal das mães para obter a idade materna e a escolaridade. A DN foi utilizada para o preenchimento da variável escolaridade materna em 1 hospital, para a raça/cor em 2 hospitais e para o preenchimento do número da DN existente para os óbitos infantis em 4 hospitais. Um dos hospitais SUS relatou não preencher esta variável.

Tabela 3 - Número de hospitais segundo responsável e fonte de dados para o preenchimento da DO neonatal, por variável, amostra de 14 hospitais do Município de São Paulo, 1º semestre de 2008.

Variáveis	Responsável		Fonte				Total
	Adminis- trativo	Médico	Documento hosp/SIH	Verbal	Observa- ção	DN	
Mãe							
idade mãe	12	2	9	5	0	0	14
escolaridade	12	2	9	4	0	1	14
nº filhos gestações anteriores	9	5	12	2	0	0	14
Gestação/parto							
duração da gestação	8	6	12	2	0	0	14
tipo da gravidez	8	6	13	0	1	0	14
tipo de parto	8	6	13	0	1	0	14
Recém nascido							
Sexo	8	6	13	0	1	0	14
peso nascer	8	6	13	0	1	0	14
Raça/cor	11	3	10	1	1	2	14
Tipo de óbito	9	5	14	0	0	0	14
morte em relação ao parto	8	6	13	0	1	0	14
causa de morte	0	14	NSA	NSA	14	NSA	14
nº DN	12	2	9	0	0	4	13*

Em relação aos responsáveis pelo preenchimento das variáveis das DOs-Fetais, observou-se existir diferenças entre os hospitais SUS e não SUS. Dos 11 hospitais SUS, 5 indicaram que o preenchimento de todas as variáveis das DOs-Fetais era realizado pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos) ou por Necrotérios existentes nos hospitais. Do conjunto restante, 6 hospitais SUS e 3 hospitais não SUS (Tabela 4), a causa de morte sempre foi preenchida pelos médicos. Nos hospitais SUS que não enviam os óbitos fetais para o SVO e necrotérios, as demais variáveis da DO são preenchidas por médicos e pessoal administrativo. Para as variáveis relativas à gestação/parto e feto há quase que uma predominância de preenchimento pelos médicos, a exceção da variável raça/cor. Nos hospitais não-SUS, além dos profissionais já mencionados, as enfermeiras também preenchem algumas informações (variáveis sobre características da mãe – idade e escolaridade – e algumas relativas ao feto – sexo, peso ao nascer, raça /cor e tipo de óbito).

As fontes empregadas para o preenchimento da DO-fetal apresentam diversidade entre os hospitais SUS e não-SUS, pois 5 hospitais SUS incluem entre suas fontes o SVO e necrotérios. Não fosse a presença do SVO/necrotério, observa-se que as fontes de dados mais empregadas para o preenchimento de todas as variáveis são os documentos hospitalares (prontuários, avisos de óbito e sistemas informatizados de informação).

Tabela 4 - Número de hospitais segundo responsável e fonte de dados para o preenchimento da DO fetal, por variável, amostra de 9* hospitais do Município de São Paulo, 1º semestre de 2008.

Variáveis	Responsável			Fonte			Total
	Adminis- trativo	Médico	Enfer- meira	Documento hosp/SIH	Observa- ção	Verbal	
Mãe							
idade mãe	5	3	1	6	0	3	9
escolaridade	5	3	1	6	0	3	9
nº filhos gestações anteriores	3	6	0	6	0	3	9
Gestação/parto							
duração da gestação	3	6	0	7	0	2	9
tipo da gravidez	3	6	0	8	1	0	9
tipo de parto	3	6	0	8	1	0	9
Feto							
Sexo	5	3	1	8	1	0	9
peso ao nascer	3	6	0	8	1	0	9
Raça/cor	6	2	1	8	1	0	9
Tipo de óbito	5	3	1	9	0	0	9
morte em relação ao parto	3	6	0	8	1	0	9
causa de morte	0	9	0				

*Exclui 5 hospitais que relataram que encaminham os óbitos fetais para o SVO.

Conclusões

Observou-se baixa completude de grande parte das variáveis das DOs neonatais e fetais. As variáveis estudadas em sua maioria são comuns à DN e DO, assim a ausência de registro de dados nas DOs neonatais mostra-se inicialmente incoerente, uma vez que os mesmos dados foram preenchidos nas DNs que apresentaram completude de regular a excelente para maioria das variáveis.

Verificou-se que há o emprego de outras fontes, além do prontuário, para obtenção de dados (verbal ou observação), tanto para nascimentos quanto para os óbitos neonatais e fetais nos hospitais. O uso destas fontes para a obtenção de dados resultou em estratégia mais efetiva no SINASC do que no SIM.

Na DO fetal, o preenchimento da idade gestacional e peso ao nascer foi excelente, as demais variáveis apresentaram preenchimento ruim ou muito ruim, impossibilitando o cálculo de indicadores específicos para o monitoramento da mortalidade fetal e neonatal.

Os resultados obtidos sobre as fontes de dados mais freqüentemente empregadas e dos responsáveis pelo preenchimento das DN e das DOs neonatais e fetais poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias de treinamento junto aos hospitais para o aprimoramento das informações perinatais disponíveis no SIM e SINASC.

Estes achados poderão contribuir para que os gestores hospitalares desenvolvam atividades para rever e/ou aprimorar os processos de preenchimento destes documentos garantindo maior segurança e confiabilidade das informações e ampliando sua utilização para gestão clínica da perinatologia nos hospitais.

Referências

- 1-Zeitlin J, Wildman K, Bréart G, Alexander S. Selecting an indicator set for monitoring and evaluating perinatal health in Europe: criteria, methods and results from the PERISTAT project. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 111: S5-S14.
- 2- Almeida MF, Alencar GP, França Jr I, Novaes HM, Siqueira AAF, Schoeps D, Campbell O, Rodrigues RC. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controlado. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(3):643-652.
- 3- Almeida MF, Alencar GP, Novaes MHD, Flores LPO. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Rev. bras. epidemiol.* 2006; 9(1): 56-68.
- 4- Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(3):673-684.
- 5- Andrade CLT, Szwarcwald CL. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(5): 1207-1216.
- 6- Frias PG, Pereira PMH, Andrade CLT, Szwarcwald CL. Sistema de Informações sobre Mortalidade: estudo de caso em municípios com precariedade dos dados. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(10): 2257-2266.
- 7- Mello Jorge MHP de, Laurenti R, Gotlieb SLD. O Sistema de informações sobre Mortalidade - SIM: Concepção, Implantação e Avaliação. In: Ministério da Saúde. (Org.). *Sistemas de Informação em Saúde*. Brasília: Editora MS; 2009.
- 8- Almeida MF, Alencar GP, Schoeps D. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC: uma avaliação de sua trajetória. In: Ministério da Saúde. (Org.). *Sistemas de Informação em Saúde*. Brasília: Editora MS; 2009.
- 9- RIPSAs - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. IDB-2007. Tema do Ano: Nascimentos no Brasil. Brasília: RIPSAs; 2008b. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>
- 10- Lima CR de A, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(10): 2095-2109.
- 11- Solomon DJ, Henry RC, Hogan JG, Van Amburg GH, Taylor J. Evaluation and implementation of public health registries. *Public Health Rep*. 1991; 106:141-150.
- 12- Terris DD, Litaker DG, Koroukian SM. Health state information derived from secondary databases is affected by multiple sources of bias. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007; 60: 734-741.
- 13- Schout D, Novaes, MHD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais *Cien Saúde Col* 2007; 12(4):935-944.
- 14- Novaes, MHD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40:133-140.
- 15- Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Soboll MLMS, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do sistema de informação sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1993;27.
- 16- Costa JMBS, Frias PG. Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3): 613-624.

Indicadores Assistenciais

P_84_2011 - Aumento da Taxa de Ambulatorização de Cirurgias com a Utilização do Protocolo de Critérios de Admissão em Hospital Dia

Lucinda Coelho Esperança Vieira

Resumo: Os benefícios da cirurgia em regime de hospital dia (HD) são de ordem assistencial e financeira, tanto para os pacientes como para as instituições e significam um aperfeiçoamento do processo de atenção à saúde. O Protocolo de Critérios de Admissão em HD mostrou-se útil como ferramenta para aumentar a utilização do HD e contribuir para melhoria das taxas de ambulatorização. O protocolo define os critérios e procedimentos médicos-cirúrgicos que podem ser realizados em regime de HD.

Palavras-chave: hospital dia, procedimentos médicos-cirúrgicos, taxa de ambulatorização.

Introdução

Nos últimos anos, tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, o custo da atenção à saúde tem crescido progressivamente, seja pelo aumento do contingente populacional, seja, ainda, pelo crescente desenvolvimento tecnológico relativo à prática médica. O atendimento médico à população absorve o custo dessa constante incorporação tecnológica, repassando-o à população.

Os benefícios da cirurgia ambulatorial são de ordem assistencial e financeira, tanto para o paciente como para as instituições e, embora isto pareça uma simplificação do atendimento clássico, trata-se, na verdade, de uma racionalização dos recursos, que, em última análise, significam um aperfeiçoamento do processo de atenção à saúde.

Cada vez mais a área de saúde conta com técnicas que agridem menos o organismo e, portanto, permitem um restabelecimento mais rápido e eficaz.

Na maior parte das cirurgias, é possível voltar para casa no mesmo dia, o que além de evitar gastos desnecessários diminui os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde.

O conceito atual de cirurgia em regime de HD é: operação eletiva, realizada em pacientes externos, que não imponha uma internação formal em unidade hospitalar, podendo ser de qualquer natureza, sem limite de tempo operatório, com auxílio dos equipamentos necessários, com ou sem sedação sob anestesia local, por bloqueio neural ou anestesia geral profunda.

Objetivo

Demonstrar que o uso do protocolo de Critérios de Admissão em HD contribui para o aumento das taxas de ambulatorização.

Metodologia

Revisão da literatura médica quanto às conceituações, as indicações e seleção dos pacientes.

Alinhamento dos critérios de internação disponível na literatura com o perfil assistencial do hospital.

Definição dos critérios de internação em regime de cirurgia dia e lista das cirurgias por especialidades.

Critérios de admissão no hospital-dia:

1-Tipo de cirurgia.

1.1 - Procedimentos de menor complexidade (cirurgia de pequeno e médio porte).

1.2 - Eletiva.

1.3 - Não necessita de drogas especiais.

1.4 - Pós-operatório sem necessidade de grande supervisão ou restrição.

2-Tipo de paciente.

2.1-Pacientes classificados nas categorias ASA-I e ASA II da American Society of Anesthesiologist.

2.1-Paciente com acompanhante adulto, lúcido e responsável.

2.3-Paciente orientado quanto ao procedimento e com aceitação do tratamento proposto.

Lista de cirurgias realizadas ambulatorialmente, por especialidade:

Cirurgia Vasculuar
3.09.07.13.6 Varizes 2 membros
3.09.07.14.4 Varizes 1 membro
3.09.08.07.8 Implante por punção de cateter de longa permanencia
3.09.09.10.4 Retirada de cateter de longa duração
3.09.13.01.2 Dissecção de veia para implantação de cateter
Ginecologia
3.13.01.01.0 Bartolinetomia
3.13.01.03.7 Cauterização química ou electrocauterização vulvar
3.13.01.04.5 Clitorrectomia parcial ou total
3.13.01.05.3 Cliteroplastia
3.13.01.09.6 Hipertrofia de pequenos lábios correção cirúrgica
3.13.02.05.0 Colporrafia posterior com perineoplastia
3.13.02.08.4 Exerese de cisto vaginal
3.13.02.09.2 Extração de corpo estranho com anestesia
3.13.03.01.3 AMIU
3.13.03.02.1 Biopsia de colo uterino
3.13.03.03.1 Biopsia de endométrio
3.13.03.19.6 Curetagem semiótica
3.13.09.02.0 Laqueadura vaginal
3.13.03.18.8 Histeroscopia com ressectoscópio p/ miomectomia, polipectomia metroplastia e ressecção de sinequias
3.13.03.17.0 Histeroscopia cirúrgica p/ biopsia dirigida, lise de sinequias, retirada de corpo estranho
Obstetrícia
3.13.09.02.0 AMIU pós-aborto
Cabeça e Pescoço
3.02.12.18.9 Tratamento cirúrgico de lipomatose cervical
3.02.12.12.0 Punção biopsia de pescoço
Cirurgia Geral
3.10.04.06.7 Dilatação digital ou instrumental do anus e/ou reto
3.10.04.33.4 Esfincterectomia
3.10.04.09.1 Excisão de plicoma
3.10.04.10.5 Fissurectomia
3.10.04.14.8 Fistulectomia anal em um tempo
3.10.04.27.0 Hemorroidectomia aberta ou fechada
3.10.04.27.0 Polipo retal
3.10.05.67.5 Biopsia hepática por video
3.10.05.07.1 Biopsia hepática transparietal
3.10.09.08.5 Herniorrafia crural unilateral
3.10.09.32.3 Herniorrafial crural por video
3.10.09.09.3 Herniorrafia epigástrica
3.10.09.10.7 Herniorrafia incisional
3.10.09.11.5 Herniorrafia inguinal unilateral
3.10.09.33.6 Herniorrafia inguinal unilateral por video
3.10.09.04.2 Cisto sacrococcigeo
Urologia
3.11.03.03.0 Biopsia endoscópica de bexiga
3.11.03.55.3 Extração endoscópica de calculo vesical
3.11.03.23.5 Corpo estranho-extração endoscópica
3.11.03.55.3 Diverticulectomia vesical laparoscópica
3.11.04.11.8 Esfincterectomia
3.11.04.14.2 Meatostomia uretral
3.11.0416.9 Ressecção de caruncula
3.11.04.21.5 Uretrostomia
3.12.03.15.9 Correção de varicocele laparoscópica
3.12.03.02.7 Biopsia unilateral de testículo
3.12.01.03.2 Exerese de cisto escrotal
3.12.01.03.2 Biopsia de próstata
3.12.03.04.3 Hidrocele unilateral correção cirúrgica
3.12.03.06.0 Orquidopexia
3.12.03.05.1 Implante de prótese testicular unilateral
3.12.03.12.4 Varicocele unilate4ral correção cirúrgica
3.12.03.07.8 Orquiectomia unilateral
3.12.04.01.5 Bipsia de epidídimo
3.12.04.06.6 Exerese de cisto unilateral
3.12.04.03.1 Epididectomia unilateral
3.12.06.22.0 Postectomia
4.02.01.06.6 Cistoscopia e/ou uretroscopia
2.01.04.11.1 Dilatação uretral
3.12.06.21.2 Plástica de freio bálano prepucial
Ortopedia
3.07.22.71.3 Ressecção de cisto sinovial
3.07.22.72.1 Retração cicatricial dedo sem comprometimento tend
3.07.22.76.4 Rotura do aparelho extensor de dedo-redução incurrent
3.07.29.29.7 Tratamento cirúrgico de polidactilia simples
3.07.29.33.5 Tratamento cirúrgico de polidactilia simples

3.07.31.01.1	Abertura de bainha tendinosa
3.07.31.02.0	Biopsias cirúrgicas de tendão, bursas e sinovias
3.07.31.03.8	Bursectomia tratamento cirúrgico
3.07.31.04.6	Cisto sinovial
3.07.31.08.9	Tenodese
3.07.31.11.9	Tenoplastia/enxerto de tendão-tratamento cirúrgico
3.07.31.14.3	Tenorrafia no tunel osteofibroso
3.07.31.15.1	Tenorrafia no túnel osteofibroso até 2 dígitos
3.07.31.20.8	Tenotomia
3.07.17.04.3	Biopsia cirúrgica de cintura escapular
3.07.17.09.4	Fraturas e/ou luxações e/ou avulsão-redução incruenta
3.07.17.11.6	Luxações crônicas tratamento cirúrgico
3.07.18.02.3	Ressecção parcial ou total de clavícula-tto cirúrgico
3.07.18.02.3	Biopsia cirúrgica de úmero
3.07.19.04.6	Artrotomia de cotovelo
3.07.19.05.4	Biopsia cirúrgica
3.07.20.04.4	Biopsia cirúrgica do antebraço
3.07.20.14.1	Ressecção da cabeça do rádio e/ou da extremidade distal da ulna
3.07.20.15.0	Ressecção do processo estilóide do rádio
3.07.21.08.3	Artrotomia
3.07.21.09.1	Biopsia cirúrgica de punho
3.07.21.15.6	Fratura do carpo redução incruenta
3.07.21.18.0	Fratura/ou luxação de punho redução incruenta
3.07.21.19.9	Fratura e/ou luxação do punho tto cirúrgico
3.07.21.20.2	Luxação do carpo-redução incruenta
3.07.22.11.0	alongamento tendinoso da mão
3.07.22.11.0	Artrodese interfalangiana/meta tto cirúrgico
3.07.22.15.2	Artrotomia ao nível da mão -tto cirúrgico
3.07.22.16.0	Biopsia cirúrgica dos osso da mão
3.07.22.20.9	Capsulectomias múltiplas MF ou IF
3.07.22.21.7	Capsulectomia única MF ou IF
3.07.22.24.1	Coto de amputação digital-revisão
3.07.22.25.0	Dedo colo de cisne-tratamento cirúrgico
3.07.22.26.8	Dedo em boteira tto cirúrgico
3.07.22.27.6	Dedo em gatilho, capsulotomia/fasciotomia tto cirúrgico
3.07.22.28.4	Dedo em martelo tto cirúrgico
3.07.22.31.4	Exploração cirúrgica do tendão da mão
3.07.22.35.7	Fratura de Bennet-redução incruenta
Ortopedia	
3.07.22.36.5	Fratura de Bennet- tto cirúrgico
3.07.22.41.1	Fraturas de falanges ou metacarpo tto cirúrgico c/fixação
3.07.22.43.8	Fraturas ou luxações de falanges tto cirúrgico
3.07.22.47.0	Lesões ligamentares crônicas da mão-reparação cirúrgica
3.07.22.50.0	Luxação metacarpofalangiana tto cirúrgico
3.07.22.53.5	Osteossíntese de fratura de falange e meta com uso de parafusos
3.07.22.52.7	Osteossíntese de fratura de falange e meta com fixação externa
3.07.22.57.8	Polidactilia articulada-tto cirúrgico
3.07.22.58.6	Polidactilia não articulada
3.07.26.04.2	Artrotomia-tto cirúrgico
3.07.26.05.0	Biopsia cirúrgica de joelho
3.07.15.27.0	Retirada de material de síntese
3.07.10.01.4	Fios ou pinos metálicos transosseos
3.07.10.05.7	Retirada de fixadores externo
3.07.29.23.8	Pé torto congênito
Oftalmologia	
3.03.10.03.2	Cirurgias fistulizantes
3.03.11.04.7	Estrabismo
3.03.01.03.3	Blefarorrafia
3.03.01.08.4	Correção cirúrgica de ectrópio ou entropio
3.03.01.16.5	Palpebra-reconstrução parcial
3.03.01.18.1	Ptose palpebral correção cirúrgica
3.03.03.05.2	Plástica de conjuntiva
3.03.03.06.0	Pterígio-exerese
3.03.06.01.9	Capsulotomia YAG ou cirúrgica
3.03.06.02.7	Facectomia com lente intra ocular com facoemulsão
3.03.06.03.5	Facectomia com lente intra-ocular sem facoemulsão
3.03.06.04.3	Facectomia sem implante
Miscelânea	
3.01.01.07.7	Biopsia de pele ou de tumor de partes moles
3.01.01.92.1	Exerese e/ou sutura de hemangioma, linfangioma ou nevus.
3.12.06.05.0	Eletrocoagulação de lesões cutâneas
3.02.04.03.8	Exerese de rânula ou mucocele
3.01.01.46.8	Exerese de lesão de pele ou mucosa
3.02.03.01.5	Frenotomia lingual
3.02.10.06.5	Exerese de cisto branquial

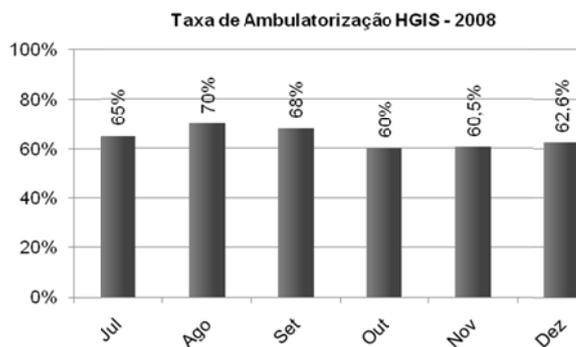
Desenvolvimento

Criação e discussão do Protocolo de Critérios de Admissão no HD pela gestão do centro cirúrgico e obstétrico, sendo pactuado com as chefias cirúrgicas e equipe de anestesia com aprovação dos mesmos.

Divulgação do Protocolo para o Corpo Clínico e disponibilização do mesmo na *intranet* do hospital.

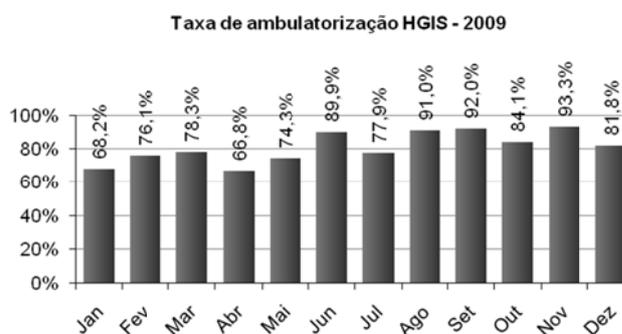
Resultados

A taxa de ambulatorização (número de cirurgias ambulatoriais / número de cirurgias potencialmente ambulatoriais x 100) é o indicador utilizado para monitoramento do processo. De acordo com o gráfico abaixo, observa-se que a era em torno de 60% no último trimestre de 2008, antes da implantação do Protocolo de Critérios de Admissão do HD.

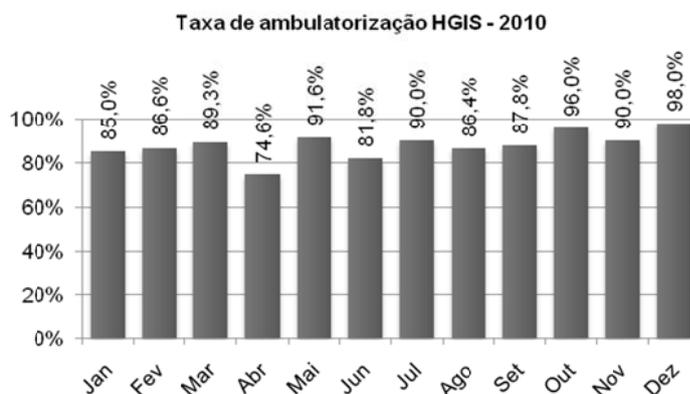


Fonte: Hospital-Dia / HGIS

Após a implantação que se iniciou em fevereiro de 2009 verificamos um aumento das taxas de ambulatorização:



Fonte: Hospital-Dia / HGIS



Fonte: Hospital-Dia / HGIS

Em 2009 a taxa média foi de 81,14% e em 2010 88,1%, evidenciando que o protocolo atingiu o objetivo de melhorar o processo de internação em regime de HD com o aumento da produtividade da cirurgia-dia.

Conclusão

A utilização do protocolo de critérios de admissão em hospital dia é uma ferramenta que mostrou-se eficaz no aumento das taxas de ambulatorização, isto representa uma melhora no processo de assistência, com redução de custos e complicações decorrentes de internação.

Referências

1. John R Griffith; Kenneth R White; David L Bernd. **The Revolution in Hospital Management/PRACTITIONER APPLICATION**, *Journal of Healthcare Management*, May/Jun 2005; 50, 3; ABI/INFORM Global, pg. 170.
2. José H G Ferreira. **Análise da Implantação de uma Unidade de Cirurgia Ambulatorial em um Hospital Geral**, Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1985. pg. 1-110.
3. Fernando J Abelha; Maria A Castro; Nuno M Landeiro; Aínda M Neves; Cristina C Santos. **Mortalidade e o Tempo de Internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica**, *Rev. Bras. Anestesiol*, 2006; 56:1; pg. 34-45.
4. Maria C Padoveze; Alexandre Vranjac. **Parecer sobre Resolução SS que Aprova Norma Técnica sobre estabelecimentos que realizam procedimentos médico-cirúrgicos**, Secretaria de Estado da Saúde – Coord. dos Institutos de Pesquisa (CIP) – Centro de Vigilância Epidemiológica – Divisão de Infecção Hospitalar, São Paulo, Jun. 2005; pg. 1-4.

Indicadores Assistenciais

P_86_2011 - Avaliação de Desempenho dos servidores da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/MG como fator de sucesso de resultados em prol dos usuários do SUS.

Telma Braga Orsini, Nágela Patricia Amaral Rocha, Renata Melgaço Gonçalves, Carlos Alberto Gonçalves, Osvaldo Kurschus de Oliveira, Elaine Pontes, Heloisa Azevedo Drumond, Dayenne Cristina Martins Valente, Marcia Mascarenhas Alemao, Marcio Augusto Gonçalves

Resumo: A SES/MG de acordo com as diretrizes do Governo do Estado de Minas Gerais empreendeu nos últimos oito anos significativos esforços de modernização da Administração Pública, consciente de suas responsabilidades enquanto provedora de bens e serviços públicos, e, sobretudo como representantes da vontade do cidadão – usuários do SUS. Várias medidas foram adotadas e um novo modelo de gestão estratégica e participativa vem sendo desenvolvido nesta secretaria, dentre elas a Avaliação de Desempenho dos servidores públicos. O sistema de Avaliação de Desempenho Individual (ADI) implementado está voltado para os resultados e não apenas para o controle dos processos de trabalho.

Palavras Chave: Gestão Participativa. Cidadão. SUS. Avaliação de Desempenho Individual. Resultados.

Introdução

A ADI é um processo de avaliação dos servidores públicos estáveis ocupantes de cargo de provimento efetivo, e dos detentores de função pública, efetivados ou não, mesmo que estejam ocupando cargo de provimento ou exercendo função gratificada, no âmbito da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundação do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais.

Este processo tem como finalidade: aprimorar o desempenho dos servidores e dos órgãos e entidades do Poder Executivo Estadual, valorizar e reconhecer o desempenho eficiente do servidor; aferir o desempenho do servidor no exercício de cargo ocupado ou função exercida, identificar necessidades de capacitação do servidor; fornecer subsídios à gestão da política de recursos humanos, contribuir para o crescimento profissional e para o desenvolvimento de novas habilidades do servidor; possibilitar o estreitamento das relações interpessoais e a cooperação dos servidores entre si e com suas chefias, e contribuir para a implementação do princípio da eficiência na Administração Pública do Poder Executivo Estadual.

JUSTIFICATIVA

Informar aos gestores e servidores públicos, e demais entidades do Poderes Executivos municipal, estadual e federal a importância da Avaliação de Desempenho como ferramenta norteadora de gestão estratégica e participativa visando melhoria de resultados da instituição.

Subjacente a esta idéia está a noção de eficiência introduzida pela Emenda Constitucional n.º 19, de 5 de Junho de 1998, como princípio balizador das ações do setor público, que está ligada à noção de racionalidade no uso dos meios e recursos para maximizar objetivos estabelecidos. Além de implantar o controle sobre resultados, outro mérito desta medida é o cumprimento do compromisso assumido pelo Governo em valorizar o servidor público.

Avaliação do servidor efetivo que não é estável: o servidor público que foi nomeado para cargo de provimento efetivo em virtude de nomeação por concurso público e que ainda não adquiriu a estabilidade, encontrando-se, portanto, em período de Estágio Probatório, será submetido à Avaliação Especial de Desempenho (AED), e caso venha a adquirir a estabilidade, ou seja, for considerado apto, passará a ser avaliado de acordo com as regras estabelecidas para a ADI.

Crítérios de avaliação: de acordo com as atribuições do cargo ocupado e também levando-se em consideração as atividades e as metas a serem atingidas, o desempenho dos servidores será mensurado a partir dos seguintes critérios:

- I- Qualidade do trabalho – grau de exatidão, correção e clareza dos trabalhos executados.
- II - Produtividade no trabalho – volume de trabalho executado em determinado espaço de tempo.
- III- Iniciativa – comportamento proativo no âmbito de atuação, buscando garantir eficiência e eficácia na execução dos trabalhos.
- IV- Presteza – disposição para agir prontamente no cumprimento das demandas de trabalho.
- V- Aproveitamento em programa de capacitação – aplicação dos conhecimentos adquiridos em atividades de capacitação na realização dos trabalhos.
- VI- Assiduidade – comparecimento regular e permanência no local de trabalho.
- VII- Pontualidade – observância do horário de trabalho e cumprimento da carga horária definida para o cargo ocupado.
- VIII- Administração do tempo e tempestividade – capacidade de cumprir as demandas de trabalho dentro dos prazos previamente estabelecidos.
- IX- Uso adequado dos equipamentos e instalações de serviço – cuidado e zelo na utilização e conservação dos equipamentos e instalações no exercício das atividades e tarefas.
- X- Aproveitamento dos recursos e racionalização de processos – melhor utilização dos recursos disponíveis, visando à melhoria dos fluxos dos processos de trabalho e à consecução de resultados eficientes.
- XI- Capacidade de trabalho em equipe – capacidade de desenvolver as atividades e tarefas em equipe, valorizando o trabalho em conjunto na busca de resultados comuns.

Esses onze critérios possuem pesos diferentes havendo uma maior valorização daqueles relacionados à produtividade em detrimento dos aspectos comportamentais respeitadas as seguintes diretrizes: a metodologia proposta deverá permitir a mensuração percentual de cada critério de avaliação; cada um dos onze critérios não poderá corresponder a valor inferior a 2% do total de pontos da avaliação; e do total de pontos da avaliação, no mínimo 60% deverão ser atribuído em função dos critérios estabelecidos nos itens I a V, citados acima.

Comissões a serem constituídas: Comissão de Avaliação - composta por três ou cinco servidores de nível hierárquico não inferior ao do avaliado, dos quais pelo menos dois contem com, no mínimo, três anos de exercício em cargo de provimento efetivo no órgão ou entidade onde o servidor estiver sendo avaliado; Comissão de Recursos - composta por três ou cinco servidores, preferencialmente estáveis, lotados no mesmo órgão ou entidade de lotação do servidor a ser avaliado, que emitirá parecer para fundamentar a decisão acerca do recurso hierárquico interposto, bem como do requerimento de reconsideração interposto pelos servidores que desenvolvem atividade exclusiva de Estado.

Elementos obrigatórios que compõem o processo de ADI: Termo Inicial de Avaliação - ato do dirigente máximo do órgão ou entidade, que marca o início do processo de ADI. Ocorrerá sempre no primeiro dia útil do primeiro mês de cada período avaliatório; Termo Final de Avaliação - é o formulário que contém essencialmente o instrumento de ADI que deverá ser preenchido pela Comissão de Avaliação.

Plano de Gestão do Desempenho Individual (PGDI): formulário utilizado pela chefia imediata do servidor para acompanhar as metas, atividades e tarefas a serem cumpridas por este no período em que o mesmo será avaliado, bem como para identificar os fatores facilitadores e dificultadores do desempenho, tendo como finalidade subsidiar o processo de avaliação.

Vantagens da utilização do PGDI: o PGDI facilitará a realização da ADI e, principalmente, proporcionará maiores condições de proceder à avaliação de maneira mais objetiva. A utilização do PGDI permite à Comissão de Avaliação analisar os fatos e resultados do trabalho do servidor tendo como parâmetro as metas, atividades e tarefas definidas pela chefia imediata em conjunto com o servidor avaliado.

Período em que o servidor poderá se manifestar sobre as condições de trabalho oferecidas por seu Órgão ou Entidade: até o último dia do mês que antecede o período de registro de seu desempenho no formulário.

MÉTODOS

Este estudo foi realizado pela Comissão de Avaliação de Desempenho de um UA da SES/MG. Utilizou-se como método o registro dos trabalhos da Comissão anterior e comparação do trabalho utilizado por essa Comissão.

Considerando que em 2007 a ADI e ADE encontrava-se em situação centralizadora, uma pessoa fazia essas Avaliações juntamente com os Planos Gestão de Desempenho Individual PGDI - eram feitos "padronizados" para todos.

Não se tinha a consciência da importância dessa Avaliação e o seu PGDI como marco referencial para as metas a serem alcançadas em concordância com a UA, a SES/MG, Governo de Minas e Estado Federativo como um todo. Ou seja, a visão sistêmica do servidor de seu trabalho não era importante para os gestores daquela Unidade.

No período de 2007 a 2009 foi feito um trabalho de sensibilização envolvendo os servidores, já conscientizados da importância das ADI e AED e dos PGDI - mudou de atitudes neste período, proporcionando resultados inovadores e de melhoria aos serviços prestados da UA ao beneficiário principal: o usuário do SUS. O que vai ser relatado no decorrer desta exposição

Quem será avaliado: serão avaliados todos os servidores públicos estáveis ocupantes de cargo de provimento efetivo e os detentores de função pública efetivada ou não, no âmbito da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundação do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais. Os servidores serão avaliados mesmo que estejam ocupando cargo de provimento em comissão ou exercendo função gratificada.

Conceitos utilizados na Avaliação de Desempenho Individual: de acordo com a pontuação obtida pelo servidor, será atribuído um dos seguintes conceitos: Excelente - igual ou superior a noventa por cento da pontuação máxima; Bom - igual ou superior a setenta por cento e inferior a noventa por cento da pontuação máxima; Regular - igual ou superior a cinquenta por cento e inferior a setenta por cento da pontuação máxima; Insatisfatório - inferior a cinquenta por cento da pontuação máxima.

Os conceitos 'Excelente' e 'Bom' serão considerados satisfatórios para fins de desenvolvimento dos servidores públicos estáveis ocupantes de cargo de provimento efetivo e dos detentores de função pública efetivados, na respectiva carreira.

Os servidores que obtiverem conceito "Insatisfatório" em sua ADI terão suas necessidades de capacitação e treinamento consideradas e atendidas, se houver disponibilidade orçamentária e financeira para implementação de tais atividades.

Os servidores que obtiverem conceito "Regular" em sua ADI terão suas necessidades de capacitação e treinamento consideradas e priorizadas, se houver disponibilidade orçamentária e financeira para implementação de tais atividades.

Período avaliatório: é o tempo compreendido entre o Termo Inicial de Avaliação e a conclusão do registro do desempenho de cada servidor nos respectivos Termos Finais de Avaliação pela Comissão de Avaliação.

Periodicidade da ADI: anual, iniciando-se no primeiro dia útil de julho de cada ano e encerrando-se no último dia útil de Julho.

O primeiro período avaliatório teve início em todos os órgãos e entidades no primeiro dia útil de julho de 2004.

Para fins da ADI, considera-se efetivo exercício o período em que o servidor encontra-se efetivamente no seu local de trabalho, exercendo suas atividades, não sendo considerado efetivo exercício os afastamentos, as licenças, as férias ou qualquer interrupção do exercício das atribuições do cargo ou função exercida.

Competências da chefia imediata: anunciar aos servidores sob sua gerência o início do processo de ADI; acompanhar o desempenho dos servidores durante todo o processo de ADI e presidir e coordenar os trabalhos da Comissão de Avaliação; elaborar o Relatório de Desempenho Individual, sobre o desempenho do servidor, antes de reunir-se com os demais membros da Comissão de Avaliação para preencher o Termo Final de Avaliação.

Este procedimento somente deverá ser feito nos casos em que a chefia não utilizar o PGDI, sendo obrigatória a ciência ao servidor; estabelecer, em conjunto com o servidor, o PGDI, caso opte por utilizá-lo, no primeiro mês de cada período avaliatório, e atualizá-lo sempre que necessário durante o período avaliatório.

Competências da Comissão de Avaliação: avaliar com objetividade e imparcialidade o desempenho do servidor; realizar uma entrevista de avaliação com cada servidor que avaliará, antes de preencher o Termo Final de Avaliação; consultar, se necessário, servidores que conheçam efetivamente o trabalho desenvolvido pelo servidor avaliado; considerar, para fins da avaliação, as condições de trabalho descritas pelo servidor avaliado; preencher o Termo Final de Avaliação; apurar o resultado final de cada ADI e registrá-lo no Termo Final de Avaliação; encaminhar todos os formulários devidamente preenchidos e assinados, à unidade setorial de recursos humanos do órgão ou entidade de exercício do servidor avaliado; emitir parecer para fundamentar a decisão da autoridade homologadora acerca do pedido de reconsideração.

Competência da Comissão de Recursos: emitir parecer para motivação da decisão do recurso hierárquico, bem como do requerimento de reconsideração interposto pelos servidores que desenvolvem atividade exclusiva de Estado.

Principais competências das unidades setoriais de recursos humanos do órgão ou entidade de exercício do servidor avaliado: dar conhecimento prévio aos servidores das normas, dos critérios e dos conceitos a serem utilizados na ADI; prestar orientações, sempre que necessário, à Comissão de Avaliação e acompanhar o andamento dos trabalhos; preparar e publicar os atos de homologação da ADI e proceder às retificações, quando necessário; notificar o servidor, por escrito, acerca do resultado de sua ADI e acerca da decisão referente ao pedido de reconsideração; permitir ao servidor avaliado, a qualquer tempo, a consulta a todos os documentos de seu processo administrativo de ADI.

Autoridade homologadora: é a autoridade imediatamente superior ao chefe imediato do servidor. A instância máxima de homologação são os Secretários Adjuntos ou as autoridades a eles equivalentes nos órgãos e entidades.

RESULTADOS

O resultado obtido pelo servidor em sua ADI será utilizado como critério para pagamento de Prêmio por Produtividade e Adicional de Desempenho - ADE, como requisito necessário ao desenvolvimento do servidor em sua carreira e para fins de aplicação da pena de demissão ao servidor público estável e de dispensa do detentor de função pública, efetivado ou não.

O ADE é uma gratificação que varia de acordo com o desempenho do servidor e da Instituição. Será concedido mensalmente, nos termos do inciso II do art. 2º da Lei nº 14.693, de 30 de julho de 2003 e regulamentos, aos novos servidores que ingressaram no serviço público a partir de 16 de julho de 2003, e àquele que por ele optar, em substituição às novas vantagens por tempo de serviço, e poderá atingir até 70% do valor do vencimento básico do servidor.

Um dos critérios de sua apuração é o resultado da ADI - quanto maior a pontuação do servidor na avaliação, maior o valor do ADE.

Na nova legislação que regulamenta o desenvolvimento dos servidores públicos efetivos nas carreiras da Administração Direta, Autárquica e Fundação do Poder Executivo Estaduais, resultados satisfatórios ('Bom' e 'Excelente') na ADI, tornam-se um dos requisitos indispensáveis para desenvolvimento na carreira.

Prêmio por Produtividade: o Prêmio por Produtividade é um bônus a ser pago de acordo com o resultado do desempenho do servidor e da Instituição. É uma das formas de aplicação dos recursos orçamentários provenientes da economia de despesas correntes em cada órgão ou entidade que firmar Acordo de Resultados, nos termos do art. 33 da lei nº 14.694, de 30 de julho de 2003, e regulamentos.

CONCLUSÃO

Considerando que em 2007 a ADI e ADE encontrava-se em situação centralizadora nesta UA, ou seja, somente uma pessoa fazia essas Avaliações juntamente com os PGDI - eram feitos de forma idêntica para todos.

Nessa época a maioria dos gerentes não tinha a consciência da importância dessa Avaliação e o seu respectivo PGDI como marco referencial para cumprimento de metas em concordância com o Plano de Ação desta UA, contextualizado com a SES/MG, Governo de Minas e União. Ou seja, a visão sistêmica do servidor e de seu trabalho não era importante para os gestores daquela UA.

No período de 2007 a 2009 foi feito um trabalho de sensibilização envolvendo os gerentes e servidores conscientizando-os da importância das ADI e AED e dos PGDI. A partir desta sensibilização, neste período, foi verificada uma mudança de atitudes destas pessoas (tanto dos gestores, quanto servidores), proporcionando indicadores de resultados inovadores como também melhoria dos processos de trabalho e serviços prestados por esta UA em função do beneficiário principal: o usuário do SUS. Conclui-se assim que este relato retrata uma experiência exitosa em gestão estratégica e participativa numa UA de uma entidade pública no âmbito do SUS.

Dicas à Comissão de Avaliação: não se deixe levar pela avaliação anterior; Esqueça-se das opiniões e preferências particulares. Não permita que seus sentimentos de simpatia ou antipatia interfiram na avaliação; A ADI não é um ajuste de contas e sim um retrato da realidade do trabalho executado; Ao avaliar considere as situações reais e concretas que retratam o trabalho do servidor. Pautar suas observações nos critérios e respectivas situações descritas no instrumento de avaliação; Reflita sobre a importância da utilização do PGDI e procure analisar os fatos e resultados do trabalho tendo como parâmetro as metas definidas com o servidor; As críticas durante a avaliação não devem ser feitas à pessoa do servidor e sim ao seu trabalho; Demonstre ao servidor que seu interesse é ajudá-lo a desempenhar melhor suas atividades propiciando um clima de cordialidade e confiança, favorecendo, assim, o seu auto-desenvolvimento.

Referências

- Decreto n.º 43.672, de 4 de dezembro de 2003-Belo Horizonte/MG.
 Documento Orientador da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão - SEPLAG – 2004 - Belo Horizonte /MG.
 Documento Orientador da Superintendência Central de Modernização Institucional - SEPLAG – 2004 - Belo Horizonte /MG.
 Documento Orientador Assessoria de Políticas e de Desenvolvimento de Recursos Humanos – 2004 - Belo Horizonte /MG.
 Documento Orientador da Gerência de Avaliação de Desempenho – SEPLAG – 2004 - Belo Horizonte /MG.
 Documento Orientador Documento Orientador da Equipe Técnica da Superintendência de Recursos Humanos da SES/MG - 2004 - Belo Horizonte /MG.
 Lei Complementar n.º 71, de 30 de julho de 2003-Belo Horizonte/MG.
 Resolução SEPLAG nº15, de 22 de março de 2004-Belo Horizonte/MG.
 Resolução SEPLAG nº23, de 22 de abril de 2004- Belo Horizonte/MG.

Qualidade e Segurança

P_87_2011 - Gestão do agendamento de exames em um setor de diagnóstico por imagem: contribuições para melhoria da satisfação do cliente

Rafael Moraes Pinto, Marina Boralli de Sousa, Daiane da Silva Oliveira, Marisa Madi Della Coletta, Renata Paccagnella de Picoli

Resumo: À medida que a necessidade de realização de exames aumenta, os setores de diagnóstico por imagem devem estar preparados para adequar a oferta de exames à crescente demanda. Foi realizada análise do agendamento dos exames de imagem em um hospital de grande porte para proposição de melhoria da qualidade do serviço. Foi demonstrado que os exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea geralmente são prescritos em igual momento sendo sugerida reserva de vagas para realização dos exames citados no mesmo dia. Esta forma de agendamento aumentaria a satisfação do cliente na tentativa de garantir a fidelização do mesmo.

Palavras-chave: diagnóstico por imagem; exame complementar; satisfação do cliente; fidelização; rastreamento; prevenção

Introdução

O exame complementar tem a finalidade de acrescentar informações obtidas durante o exame clínico do paciente e sua solicitação é influenciada por fatores ligados à organização do sistema de saúde, características do médico e, também, do paciente (1), sendo até mesmo demonstrado que a confiança que o paciente deposita no médico está vinculada ao pedido de exames complementares (2).

Com o crescente avanço das tecnologias aplicadas à saúde, estão disponíveis diversas opções de exames para investigação diagnóstica, sendo crescente a sua solicitação (3), chegando a fazer parte de aproximadamente metade das consultas médicas (4). Tal crescimento é atribuído à promoção de diagnósticos cada vez mais precisos e precoces, com evidente benefício para os pacientes (5).

De fato, a utilização precoce de exames complementares para o rastreio de doenças crônicas tem papel importante na diminuição da mortalidade e na melhoria da qualidade de vida da população. A mudança do tratamento curativo para a medicina preventiva promoveu alterações na abordagem médica passando-se a adotar princípios e estratégias de cuidados preventivos e manutenção da saúde dirigidos particularmente a cada paciente (6).

Em relação à saúde da mulher, esta mudança de abordagem é focada, principalmente, na detecção precoce de patologias cardiovasculares e de neoplasias cujas incidências aumentam após a instalação da menopausa. Desta forma, ações de detecção e diagnóstico precoces devem ser implementadas durante o climatério para contribuição da prevenção, tratamento em fases iniciais e aumento da sobrevivência das mulheres (7).

Na propedêutica mínima para as mulheres no climatério devem constar testes de rastreamento para câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio e cólon. Também são realizadas pesquisas para o diabetes, dislipidemia e osteoporose (8). Para isso, os principais exames complementares de imagem solicitados para o acompanhamento do climatério nas mulheres são a mamografia, a ultrassonografia e a densitometria óssea (7).

A mamografia permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de descobrir lesões em fase inicial. Neste exame, a mama é comprimida e radiografada, de forma a fornecer melhores imagens, portanto, melhor capacidade de diagnóstico (7). Deve ser solicitada de rotina para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames (7, 9, 10)

A ultrassonografia transvaginal é exame indicado na investigação de patologias ovarianas e endometriais (7), sendo indicada para o acompanhamento das pacientes que utilizam terapia hormonal durante o climatério (8, 11).

Já a densitometria óssea é exame de referência para o diagnóstico e acompanhamento da osteoporose comumente presente após a menopausa quando ocorre a perda da ação estrogênica protetora. A realização de densitometria óssea está indicada em mulheres acima de 65 anos ou naquelas com 55 ou mais anos com um ou mais fatores de risco para fraturas osteoporóticas, além da menopausa (7, 8, 12).

A rotina básica de realização de tais exames deve ser repetida com regularidade proposta nos protocolos específicos em vigor, o que pode ser modificado na presença ou não de intercorrências ou alterações (7).

Justificativa

Como visto, à medida que a mulher se aproxima dos 50 anos, a necessidade de realização de exames aumenta e os setores de diagnóstico por imagem devem estar preparados para adequar a oferta de exames à crescente demanda, evitando demora no agendamento, realização e entrega dos exames. A falta de gestão do serviço poderia gerar ansiedade nos clientes e até mesmo prejudicar o tratamento de patologias que necessitam de rápida definição diagnóstica, protelando uma conduta que poderia ser decidida de acordo com o laudo do exame (3).

No setor de diagnóstico por imagem de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo foi detectada demora no agendamento de alguns exames, gerando insatisfação por parte dos clientes. Foram detectadas até mesmo desistência de marcação de alguns exames pelo período excessivo de espera para realização destes. Uma queixa frequente das pacientes atendidas pelo ambulatório da ginecologia do hospital, além da demora de realização dos exames, era a diferença grande entre os dias de realização de diferentes exames solicitados pelo médico, obrigando as pacientes a retornarem diversas vezes ao setor.

Para sanar os problemas apontados, foi realizada análise do agendamento dos exames de imagem mais comumente solicitados pelo ambulatório de ginecologia para proposição de melhoria da qualidade do serviço, sendo, portanto, o objetivo do presente trabalho.

Métodos

O presente trabalho foi realizado no setor de diagnóstico por imagem de um hospital de grande porte da cidade de São Paulo. Foram analisados os dados do setor de agendamento de exames do ambulatório de especialidades do hospital que presta serviço à saúde suplementar e pacientes particulares. Este setor de marcação de exames representa, aproximadamente, 20% do total de agendamentos realizados para a saúde suplementar e particulares.

Para realização da análise do agendamento, foram colhidas informações do controle eletrônico de marcação de exames realizado pelos funcionários. A base de dados analisada continha informações de data e os tipos de exames agendados durante o período de maio de 2009 a abril de 2010. Foram analisadas as marcações de exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea.

Para estudo da demanda de exames do setor, foram calculados o número total de pacientes atendidos e o número total de solicitações de cada tipo de exame. Foi feita também a porcentagem de agendamento de cada exame em relação ao total de pacientes atendidos. Foram ainda analisadas as associações de marcação de exames, sendo considerada uma associação quando, no mesmo dia, o paciente marcava mais de um exame no setor, independente do dia de realização destes. A demonstração das associações foram feitas dividindo-se o número das associações pelo número total de pacientes que marcaram algum tipo de exame no setor. Para averiguação da relação de marcação entre os exames, foi realizada a divisão das associações pelas marcações de cada um dos tipos de exames.

Para complementar o estudo e sugerir alterações na agenda de exames, foi feita, ainda, análise da gestão do agendamento mediante observação da fila de espera para a realização dos exames estudados no período de junho de 2010.

Resultados

No período analisado, foram atendidos um total de 1.863 pacientes que agendaram exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea. A tabela 1 apresenta o número total de pacientes que marcaram cada um dos exames no setor.

Tabela 1. Número de agendamentos de exames, segundo o tipo de exame e porcentagem de representação de cada um dos exames em relação ao número total de pacientes atendidos pelo laboratório de imagem.

Exames	Agendamentos	Representação em relação ao número total de pacientes atendidos
Ultrassonografia	1.616	87%
Mamografia	449	24%
Densitometria óssea	270	14%

Nota-se que, dentre os exames analisados, a predominância de realização de exames é de ultrassonografia sendo que, dos pacientes que marcaram algum dos três exames, 87% deles agendaram exame ultrassonográfico.

A tabela 2 apresenta o número de associações de exames e sua representação em relação aos pacientes atendidos.

Tabela 2. Número de pacientes que marcaram mais de um exame, segundo os tipos de exames e representação das associações de exames em relação ao número total de pacientes atendidos no laboratório de imagem.

Exames	Associações de exames	Representação em relação ao número total de pacientes atendidos
Ultrassonografia e Mamografia	318	17%
Ultrassonografia e Densitometria	119	6%
Mamografia e Densitometria	131	7%
Ultrassonografia, Mamografia e Densitometria	96	5%

Quadro 1. Porcentagem que cada uma das associações representa em relação ao tipo de exame solicitado.

Quando o médico solicita:	Também é solicitado:	Porcentagem de associação
Ultrassonografia	Mamografia	20%
	Densitometria	7%
	Mamografia e Densitometria	6%
Mamografia	Ultrassonografia	71%
	Densitometria	29%
	Ultrassonografia e Densitometria	21%
Densitometria	Ultrassonografia	44%
	Mamografia	49%
	Ultrassonografia e Mamografia	36%

Quando comparamos os dados de marcação de mais de um exame, notamos que a associação mais frequente foi o agendamento de ultrassonografia e mamografia no mesmo dia. Os dados mostram que este agendamento foi realizado por 17% do total de 1.863 pessoas atendidas. É interessante notar que 5% dos pacientes atendidos agendaram, no mesmo dia, os três exames.

A análise dos dados permitiu ainda quantificar a porcentagem que cada uma das associações representava em relação ao tipo de exame solicitado. Foi visto que quando o médico solicitava exame de mamografia, em 71% das vezes também era marcado exame de ultrassonografia. Já o contrário, ou seja, quando era solicitada ultrassonografia, em 20% das ocasiões era solicitada mamografia. Outra associação notória foi a de densitometria, pois, em 49% do agendamento deste exame, também foi agendada a realização de mamografia. A representatividade das outras associações pode ser visualizada no quadro 1.

Durante o período de análise das atividades da área de agendamento dos exames verificou-se que não havia fila de espera para marcação dos exames de mamografia nem de densitometria óssea. Já para a marcação de exames de ultrassonografia havia diferença de disponibilidade de horário para realização do exame, podendo chegar a 48 dias de espera dependendo do dia da semana e a especificidade do exame solicitado pelo médico.

Discussão e Conclusão

Os dados publicados no Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) revelam que o setor conta com quase 45 milhões de beneficiários no país representando uma taxa de cobertura de 23,4% da população brasileira em setembro de 2010. Apresentou ainda crescimento de 6,3% do número de beneficiários em relação ao ano de 2009. No município de São Paulo, as mulheres beneficiárias com idade igual ou superior a 40 anos constituem uma população de quase 1,3 milhões de pessoas, representando cerca de 20% do total de beneficiários do município (13). Uma vez que os exames referentes à saúde das mulheres são periódicos e a clientela é representativa, deve haver preocupação com a fidelização do cliente no setor de realização de exames de imagem.

Segundo Fitzsimmons e Fitzsimmons (2011), os encontros de serviço, isto é, momentos em que a cliente procura o setor de diagnóstico por imagem, possuem uma estreita relação com a satisfação do cliente, pois é no momento da interação que o cliente avalia o serviço e forma sua opinião acerca da qualidade do mesmo. Esse processo é responsável pela formação de opinião onde é possível elaborar a imagem da organização. Essa imagem exercerá influência sobre decisões posteriores de retorno ou não àquele serviço impactando, assim, na fidelização (14). Tontini e Santana (2007) apontam que a satisfação está relacionada com o atendimento de necessidades explícitas e implícitas do consumidor, através do conjunto de características ou atributos do produto. É importante descobrir como o desempenho dos diferentes atributos está relacionado à satisfação dos clientes (15).

A satisfação dos clientes foi estudada por Moura e Luce em 2004 que realizaram uma pesquisa exploratória em Porto Alegre identificando relatos de pacientes a respeito de eventos que lhes trouxeram satisfação durante a hospitalização. Em relação à realização de exames, os atributos de satisfação relatados foram cortesia e atenção dos funcionários e rapidez no atendimento (16), sendo importante, portanto, a busca constante do atendimento das necessidades do cliente para satisfação do mesmo.

A partir dos dados apresentados, foram notadas associações frequentes na solicitação dos exames de ultrassonografia, mamografia e densitometria óssea. Esses exames geralmente são prescritos em igual momento e, portanto, para agregar maior rapidez ao processo, recomenda-se que haja reserva de vagas para realização dos exames citados em mesmo dia. Esta forma de agendamento evitaria o retorno da paciente ao serviço em três dias diferentes, aumentando a satisfação da cliente na tentativa de garantir a fidelização da mesma. Foi proposto, inicialmente, que houvesse reserva de vagas para realização de ultrassonografia, uma vez que não existe fila de espera para a marcação de densitometria nem de mamografia. Como foi demonstrado que em 6% das vezes em que era marcada ultrassonografia também eram agendados os exames de mamografia e densitometria, foi sugerido um projeto piloto em que, das 128 vagas semanais para realização de ultrassonografias, 8 delas fossem reservadas para marcação conjunta com os exames de densitometria e mamografia.

Portanto, conclui-se que, é frequente o agendamento de mais de um tipo de exame de imagem e, para atender às expectativas dos clientes, sugere-se que o setor de diagnóstico por imagem invista na melhoria e manutenção do serviço, realizando melhoria na gestão de agendamento que permita agilidade na realização dos exames com consequente aumento da satisfação dos clientes.

Referências

1. PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.
2. CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M. T.; ROCHA, F. R. S. et al. Confiabilidade no médico relacionada ao pedido de exame complementar. **HU Revista**. v.33, n.3, p.75-80, 2007.
3. KLOETZEL K. Usos e abusos de exame complementar. **Diagnóstico e Tratamento**. v.6, n.4, p.19-27, 2001.
4. CAPILHEIRA, M. F.; SANTOS, I. S. Epidemiologia da solicitação de exame complementar em consultas médicas. **Revista de Saúde Pública**. v.40, n.2, p.289-297, 2006.
5. REZENDE, J. M. O. Uso da tecnologia no diagnóstico médico e suas consequências. **Ética Revista**. v.4, n.4, p.18-21, 2006.
6. Sociedade Brasileira de Climatério – SOBRAC. Fernandes, C. E. (coord. geral). **Consenso Brasileiro Multidisciplinar de Assistência à Saúde da Mulher Climatérica**. 2003. Disponível em: <http://www.menopausa.org.br/arquivos/acervo/acervo_consenso_sobrac_2003.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
7. Ministério da Saúde do Brasil. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério /Menopausa**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p.
8. MARINHO, R. M.; FERNANDES, C. E.; WEHBA, S. et al. **Atenção primária e terapia de reposição hormonal no climatério**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/034.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
9. KEMP, C.; PETTI, D. A. FERRARO, O. et al. **Câncer de mama – prevenção secundária**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/026.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
10. Ministério da Saúde do Brasil. Instituto Nacional de Câncer. **Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/26021_parametros_rastreamento_cancer_mama.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
11. ANDRADE, J. M.; YAMAGUCHI, N. H.; OLIVEIRA, A. B. et al. **Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Carcinoma de Endométrio**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Cancerologia, 2001. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/029.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
12. RADOMINSKI, S. C.; PINTO-NETO, A. M.; MARINHO, R. M. et al. **Osteoporose em mulheres na pós-menopausa**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira Reumatologia, 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf> Acesso em: 25 jan. 2011.
13. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 23 jan. 2011.
14. FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.
15. TONTINI, G.; SANT'ANA, J. A. Identificação de atributos críticos de satisfação em um serviço através da análise competitiva do gap de melhoria. **Gestão & Produção**. v.14, n.1, p.43-54, 2007.
16. MOURA, G. M. S. S.; LUCE, F. B. Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.57, n.4, p.434-40, 2004.

Indicadores Assistenciais

P_88_2011 - Indicador Assistencial da Fisioterapia e suas melhorias

Kelly Keiko Kuwahara, Edna Yaemi Hirota, Lucimeire de Fátima Cortinóvis Vieira, Renata Fukugava

Resumo: Objetivo: Demonstrar o indicador assistencial de incidência de pressão inadequada do *cuff* para melhora da qualidade do atendimento ao paciente. **Métodos:** As unidades do hospital foram monitoradas por três anos, com valores de referência entre 20 e 30 cmH₂O, se encontrado pressões alteradas, era orientado a abertura das ocorrências e retorno das pressões para normalidade. **Resultados:** Três melhorias contínuas para redução das metas que se iniciaram com 30% e terminaram com 8% baseado na melhora das medidas preventivas e reuniões de análise crítica. **Conclusões:** Baseado nos resultados obtidos e nas justificativas das ocorrências, criou-se um protocolo multidisciplinar de desmame da traqueostomia.

Palavras Chaves: Indicadores, qualidade, Fisioterapia, traqueostomizado, intubados, pressão, e *cuff*.

INTRODUÇÃO

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.²

Com a aderência as creditações e ao desenvolvimento dos indicadores assistenciais, a Fisioterapia criou baseado em suas necessidades observadas diariamente seus indicadores da qualidade. Dentre eles, temos o indicador de Incidência de pressão inadequada do *cuff* das próteses endotraqueais.

Dentro da UTI é comum encontrar pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva, suporte oferecido aos pacientes cuja função ventilatória está comprometida, tendo como principal objetivo manter a ventilação pulmonar adequada³ através de uma prótese traqueal artificial, sendo as mais comuns as endotraqueais e as cânulas de traqueostomia⁴. Estes tipos de próteses possuem na sua parte distal um balonete, também chamado de “*cuff*”, que tem como função selar a via aérea evitando escape de ar, assim mantendo uma ventilação adequada e diminuindo a incidência de broncoaspiração⁴.

Para que o paciente submetido a este tipo de ventilação mecânica não sofra complicações da mucosa traqueal ou broncoaspiração torna-se necessário observar algumas variáveis como, por exemplo, o tempo de intubação e a pressão na parede lateral da traquéia³. A pressão de perfusão sanguínea da mucosa traqueal situa-se entre 25 e 35 mmHg. Quando é feita a medida em cmH₂O, esses valores não devem ultrapassar 20 e 30 cmH₂O. Pressões superiores a 30 cmH₂O podem gerar lesões na parede da traquéia e pressões menores que 20 cmH₂O podem levar a broncoaspiração⁵.

Na rotina hospitalar, é observado que a mensuração da pressão do balonete é negligenciada pelos profissionais. Quando a verificação é realizada, geralmente ocorre pela palpação digital do balonete externo (piloto), não sendo uma medida fidedigna. Desta forma, faz-se necessário a mensuração da pressão por meio de métodos considerados mais seguros e confiáveis, como a utilização de *cuffômetros* que são aparelhos específicos para medir tais pressões⁶.

Observa-se, atualmente, que os estudos demonstram a importância de se manter o controle da pressão próximo a normalidade para evitar as possíveis complicações do balão da prótese endotraqueal³. Vale lembrar que no Segundo Consenso de Ventilação Mecânica está estabelecido que as medidas devem ser verificadas a cada 12 horas¹.

Vários estudos como o de Camargo e col. demonstram significância estatística quando realizado medidas matutinas e noturnas, sem a necessidade de medidas vespertinas¹⁰.

De acordo com o protocolo definido pela equipe de Fisioterapia, as medidas da pressão de balonete são realizadas diariamente, no período matutino, vespertino e noturno, com uso de um *cuffômetro*. As medidas verificadas com frequência demonstraram que existe variação da pressão < 20 cmH₂O e > 30 cmH₂O. Baseado nestes achados determinamos o Indicador de qualidade da Fisioterapia, como dito anteriormente “Incidência de pressão inadequada do *cuff* das próteses endotraqueais” e iniciaremos a monitorização destas pressões com uma meta de 30%.

OBJETIVOS

- Demonstrar o indicador assistencial criado pela Fisioterapia no intuito de melhora da qualidade em relação ao atendimento ao paciente;
- Definir retrospectivamente o ciclo de melhorias e alterações de metas no decorrer dos anos com a melhora dos resultados obtidos;
- Apresentar melhorias contínuas realizadas com a discussão e análise crítica do indicador;
- Sugerir divulgação dos indicadores dos diversos serviços para comparação externa.

JUSTIFICATIVA

Os indicadores assistenciais atualmente vem sendo tidos como referenciais para sinônimo de qualidade de trabalho. Baseado nisso a Fisioterapia se enquadrou neste padrão e vem desenvolvendo pesquisas e aperfeiçoando suas medidas e metas para apresentar sempre bons resultados, visto que em nossa área ainda há uma grande necessidade de estudos e divulgações. Com isso viemos demonstrar a importância do indicador de qualidade e suas melhorias, com o desenvolvimento de um protocolo multidisciplinar decorrente da discussão dos indicadores assistenciais.

MÉTODOS

Após aprovação do departamento da qualidade, iniciamos a monitorização descritiva dos pacientes submetidos a intubação oro traqueal ou traqueostomia a partir de dezembro de 2007 até dezembro de 2010 na unidade de terapia intensiva, unidades semi intensivas e clínica médica do Hospital.

Foram avaliados 17.828 pacientes do sexo feminino e masculino, com 47.153 medidas de pressão do *cuff*, internados nas unidades e que estavam fazendo uso da prótese endotraqueal seja orotraqueal ou traqueostomia.

A pressão do balonete foi mensurada utilizando um aparelho manual (*cuffômetro*) da marca Portex, com graduação de 0 a 120 cmH₂O, que conectado ao balonete permitiu a sua insuflação e desinsuflação. Os valores de referência foram mantidos entre 20 e 30 cmH₂O, e no momento em que se encontravam as pressão abaixo ou acima do estabelecido, era orientado a abertura das ocorrências com as devidas causas e justificativas e o fisioterapeuta ajustava as pressões para os valores de normalidade.

As medidas eram mensuradas no período matutino, vespertino e noturno, e assinaladas em planilha anexa por posterior contagem.

A fórmula de cálculo do indicador de Incidência de Pressão Inadequada do *Cuff* das Próteses Endotraqueais foi o número de medidas do *cuff* dos pacientes intubados e traqueostomizados pelo número de ocorrências.

RESULTADOS

Nos 11 primeiros meses tivemos uma média de resultados de 11,67%, visto que definimos a meta do Indicador em 30% baseado em evidência clínica pois na literatura não se tem valores reconhecidos de metas padronizadas. Porém observando que os valores se encontravam em crescente melhora com a adequação da monitorização diária da pressão de *cuff*, resolvemos abrir uma melhoria contínua para redução das metas para 23% onde desmembramos o Indicador e transformamos em dois, a Incidência de Pressão Alta do *Cuff* e a Incidência de Pressão Baixa do *Cuff* das Próteses Endotraqueais, ficando com a meta de 8% para as pressões encontradas altas e 15% para as pressões encontradas baixas, segundo gráfico abaixo.

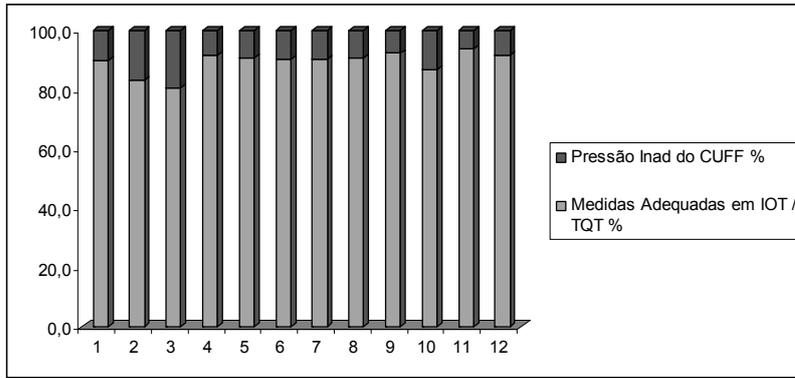


Fig.1. Valores dos indicadores obtidos no ano de 2008.

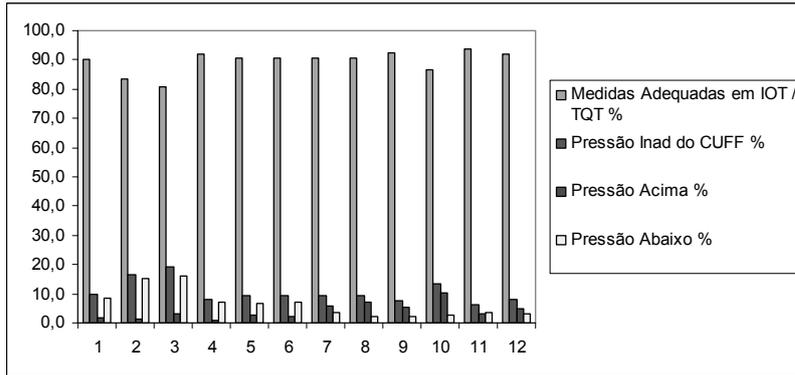


Fig.2 Medidas adequadas e inadequadas de 2008.

Posteriormente de novembro de 2008 à abril de 2009, conforme gráfico abaixo, tivemos resultados de incidência de pressão alta de 2,15% e pressão baixa de 2,30% e optamos por diminuir as metas para 6 e 8% respectivamente.

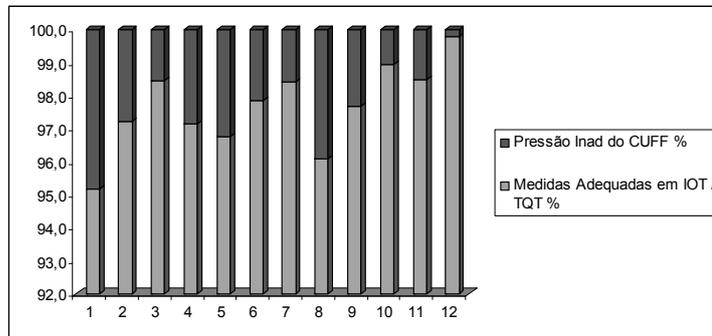


Fig.3: Valores dos indicadores obtidos no ano de 2009.

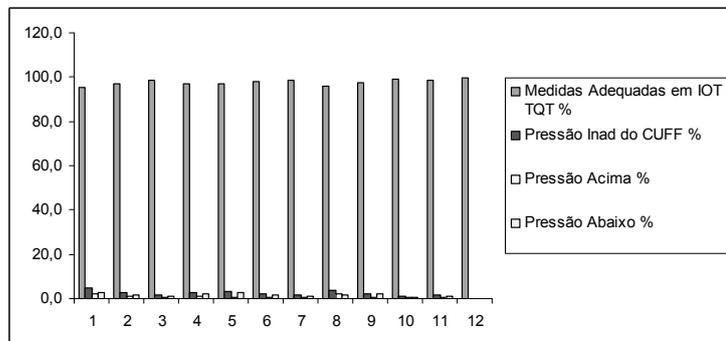


Fig. 4: Medidas adequadas e inadequadas de 2009.

Nos próximos sete meses estes resultados caíram ainda mais e a pressão alta do cuff ficou em 0,74% e a baixa em 1,52%, assim foi aberto nova melhoria contínua para diminuição das metas para 4% para os dois indicadores e que persistem até os últimos dias da pesquisa. Os últimos resultados obtidos foram de 1,09% de incidência de pressão alta e 1,07% de incidência de pressão baixa das próteses endotraqueais, com previsão de diminuição das metas para os próximos meses, conforme o gráfico abaixo.

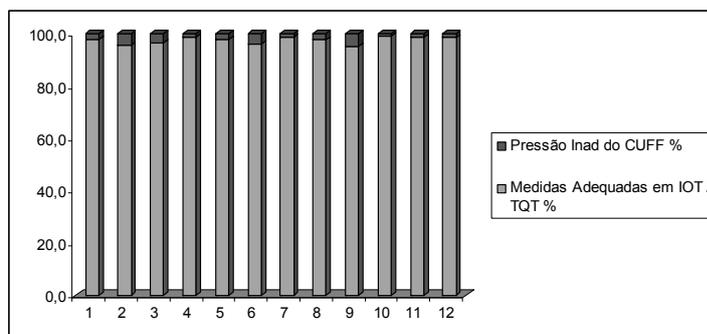


Fig.5: Valores dos indicadores obtidos no ano de 2010.

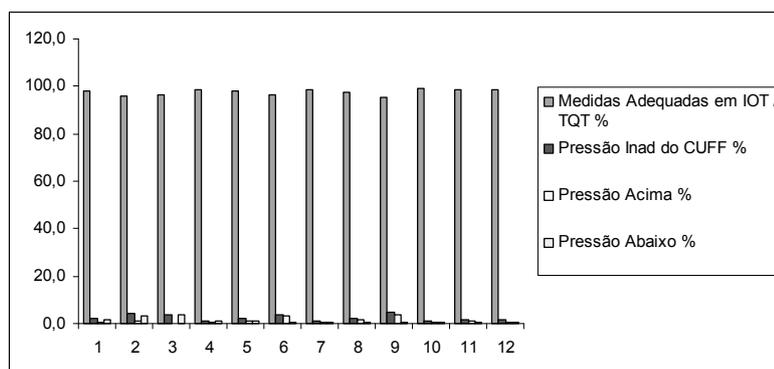


Fig. 6: Medidas adequadas e inadequadas de 2010.

Baseado em levantamento das causas de incidência de pressão alta e baixa das próteses endotraqueais foi descoberto que a maior parte das causas estava relacionada aos pacientes traqueostomizados de longa data que permaneciam com a mesma cânula de traqueo por longos períodos e no mesmo local sem perspectiva de retirada. Após várias discussões de análise crítica destes indicadores reuniu-se a equipe médica, fisioterapêutica, fonoaudiológica e enfermagem e elaboramos o protocolo de desmame da traqueostomia.

O protocolo em questão se inicia no pré operatório do paciente no centro cirúrgico antes da realização da traqueostomia, acompanha cada troca de cânula seja por mais que 30 dias, seja por problemas de funcionamento como *cuffurado* e etc.

O acompanhamento da fisioterapia se baseia na reabilitação respiratória do paciente, o habilitando a ter novamente seus volumes e capacidades pulmonares normais, além de desmame da ventilação mecânica e do oxigênio.

O acompanhamento fonoaudiológico visa a proteção de vias aéreas, a capacidade de deglutição evitando a broncoaspiração, e o retorno da fonação.

A equipe médica fica com a parte clínica do paciente sendo responsável pelas trocas da cânula de traqueo seja para a de PVC ou de metal.

A enfermagem cuida do controle dos procedimentos, o tempo hábil para as trocas, as aspirações das secreções e a descrição na ficha do paciente.

A elaboração deste protocolo trará ao paciente a segurança de estar sempre respaldado com os cuidados e rotinas garantidas pelos profissionais multidisciplinares.

CONCLUSÕES

A adequação da fisioterapia com os indicadores da qualidade foi de grande valia para nosso estudo pois baseado nos resultados obtidos pudemos melhorar a qualidade dos serviços e beneficiar ao paciente.

O indicador de pressão inadequada das próteses endotraqueais foi criado e com ele levantamos vários questionamentos que foram importantes para dedicar maior atenção ao paciente que fica com o balonete por um período prolongado de tempo como o paciente traqueostomizado. No decorrer dos anos com os resultados adquiridos reduzimos cada vez mais as metas e realizamos várias melhorias contínuas desafiando a prática da assistência com nossas medidas preventivas.

Baseado nas necessidades destes pacientes, vimos a necessidade de criação de um protocolo multidisciplinar de desmame da traqueostomia com um controle rigoroso do período de traqueo, as complicações decorrentes da pressão contínua da traquéia no mesmo local e o papel da equipe multidisciplinar na atuação ao paciente traqueostomizado.

Baseado no levantamento deste indicador, sugere-se que novos indicadores sejam criados e sua divulgação seja realizada, pois os indicadores assistenciais da fisioterapia ainda tem seus resultados escondidos e poucos divulgados.

E por ultimo, pensando no processo de melhoria contínua e qualidade estaremos monitorando nosso novo indicador de adequação da angulação da cabeceira maior que 30° para abolir os riscos de broncoaspiração e refluxo gastroesofágico sem falar nas pneumonias associadas à ventilação mecânica.

Referências

01. II Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. J Pneumologia, 2000;26:S1-S68.
02. Bittar O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Ver Ass Med, 2001; 3(12):21-8.
03. Juliano SRR, e col. Medidas dos níveis de pressão do balonete em unidade de terapia intensiva: Considerações sobre os benefícios do treinamento. Rev Bras Ter Intensiva. 2007;19(3):317-21.
04. Penitentí, R.M. Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: Efeitos do treinamento. Rev Bras Ter Intensiva. 2010; 22(2):192-5.
05. Kaneko M. Fisioterapia na ventilação mecânica convencional, em: Knobel E – Condutas no paciente grave: São Paulo: Editora Atheneu, 1998;1599-609.
06. Ono F.C. e col. Análise das pressões de balonetes em diferentes angulações da cabeceira do leito dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Ver Bras Ter Intensiva. 2008; 20(3):220-25.
07. Aranha, A.G.A. e col. Estudo das pressões no interior dos balonetes de tubos traqueais. Rev Bras Anestesiol. 2003; 53(6):728-36.
08. Pena, E.L.C. e col. Determinação de volumes e pressões de balonetes de tubos traqueais insuflados com ar ambiente ou óxido nítrico. Ver Bras Anestesiol. 2004; 54(3): 335-42.
09. Cline E., Ambrosino N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. Respir Med. 2005; 99(9): 1096-104.
10. Camargo M.F. e col. Análise das pressões intracuff em pacientes em terapia intensiva. Ver Assoc Med Bras (1992). 2006; 52(6): 405-8.

Indicadores Assistenciais

P_89_2011 - Experiência de Utilização do Painel de Monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e do Painel de Bordo como Instrumentos de Gestão num Hospital Público

Valéria Rondinelli, Maria Lucia Bom Angelo, Emerson Domingues, Marcos Antonio Miguel Cordeiro, Ricardo Fajardo Cury, Simara Trintini Vergara, João Carlos Mantese, Carlos Alberto Ruiz

Palavras-Chave: Indicadores, Qualidade da Assistência à Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Administração em Saúde, Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

Por fazer parte da rede pública de 17 hospitais municipais, o Hospital X envia dados para a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - SMS através do Relatório Estatístico Mensal padronizado. O Painel de Monitoramento de SMS disponibilizado pela Coordenação de Epidemiologia e Informação - CEInfo a partir desses dados possibilita acompanhamento da gestão. O Hospital X utiliza esses dados para se pautar diante de metas estabelecidas por SMS e se distinguir em relação aos demais. Além disso, adotou um sistema de monitoramento de indicadores, com análise crítica difundida para todos os setores baseada no método "5W2H", para melhor gerenciar o desempenho nas diversas áreas hospitalares, com ênfase na assistência.

JUSTIFICATIVA

Incentivado pela participação no CQH - Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar ligado à Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina de São Paulo - CREMESP, no qual é selado desde 2005, o Hospital X vem aprimorando a qualidade de captação e interpretação de seus dados desde 2003.

O CQH preconiza a prática de benchmarking, para comparar processos, práticas, funções e resultados com outros serviços. O acesso aos dados do Painel de Monitoramento possibilita comparação de taxas de ocupação, mortalidade institucional, ativação de leitos, índice de rotatividade, intervalo de substituição de leitos/dia, média de permanência. Além desses, número de partos, número de cirurgias, número de internações também são comparados.

Além da ferramenta do Painel de Monitoramento, com o objetivo de monitorar as áreas vitais do funcionamento hospitalar, foram realizadas explanações internas para os gerentes sobre a técnica de apresentação de Indicadores Hospitalares, proposto e padronizado pela área da Qualidade e Acreditação Hospitalar, indicando que além da obtenção de dados que gerassem construção dos gráficos de cada setor fosse acrescida, inicialmente para gráficos selecionados, a análise crítica de cada indicador, com planos de ação baseados na ferramenta 5W2H.

Algumas premissas foram adotadas para nortear as ações. São elas:

- A qualidade da informação é proporcional à qualidade da assistência.
- Na ausência do registro da informação é difícil fazer inferências sobre a Qualidade
- A utilização de indicadores assistenciais no monitoramento do desempenho dos sistemas de serviços de saúde cresceu sem correspondente preocupação com as condições de produção dos dados e informações e também da sua análise.

MÉTODOS

A definição dos indicadores é feita a partir de cada gerência de unidade, tanto administrativa quanto assistencial e suas respectivas diretorias. O Colegiado de Diretoria elege os indicadores principais para formar o Painel de Bordo, o rol de indicadores principais para análise de desempenho do hospital.

O Painel de Bordo da Instituição compõe-se de 50 indicadores.

Estes indicadores são divididos em oito grandes áreas:

- Administrativa
- Pessoas
- Faturamento/SUS
- Financeiro
- Assistência
- Sociedade
- Clientes
- Ensino e Pesquisa.

Para cada uma dessas áreas foram pensados quais os indicadores essenciais que deveriam ser observados mensalmente pelo Colegiado de Diretoria.

Obviamente, a assistência tem um número bem maior de indicadores, representando quase 50% de todos os indicadores hospitalares pertencentes ao Painel de Bordo.

Esse Painel de Bordo é alimentado pelas respectivas gerências com periodicidade mensal e disponibilizado em local específico na intranet do hospital e em expositores na sala das Diretorias.

Uma equipe das áreas de Informação em Saúde e da Qualidade é responsável pela cobrança dos dados e acompanhamento da análise dos indicadores.

As alterações nos indicadores mais significativas são discutidas no Colegiado de Diretoria, para que providências sejam tomadas a fim de corrigir os problemas detectados e manter as metas propostas. Após esse trabalho, é feito o comparativo com os dados disponibilizados por CEInfo através do Painel de Monitoramento, o que possibilita analisar o posicionamento do Hospital X perante os demais hospitais municipais e criar estratégias macroambientais.

RESULTADOS

O posicionamento do Hospital X com relação aos demais hospitais municipais é exposto na Instituição em Painel de Gestão à Vista, na sala das Diretorias e também num painel em local de grande circulação de funcionários e usuários.

Considerando dados de 2009, o Hospital X respondeu por:

- 6004 partos ou 19,88% do total de partos dos Hospitais Municipais da Cidade de São Paulo.
- 16,83% das cirurgias, incluindo partos, sendo o maior montante de cirurgias da rede pública municipal
- Terceiro que mais teve internações: 11,24%
- Taxa de ocupação 80,74% (média hospitais 75,73%)
- Índice de rotatividade 5,97/mês, superando meta de SMS de 5,7/mês (média 4,05/mês)
- Intervalo de substituição 1,01/dia (média 2,53/dia).
- Média permanência 4,14 dias, dentro da meta de SMS (< 4,5/dia).

Figura 1 – Painel de Bordo - Hospital X

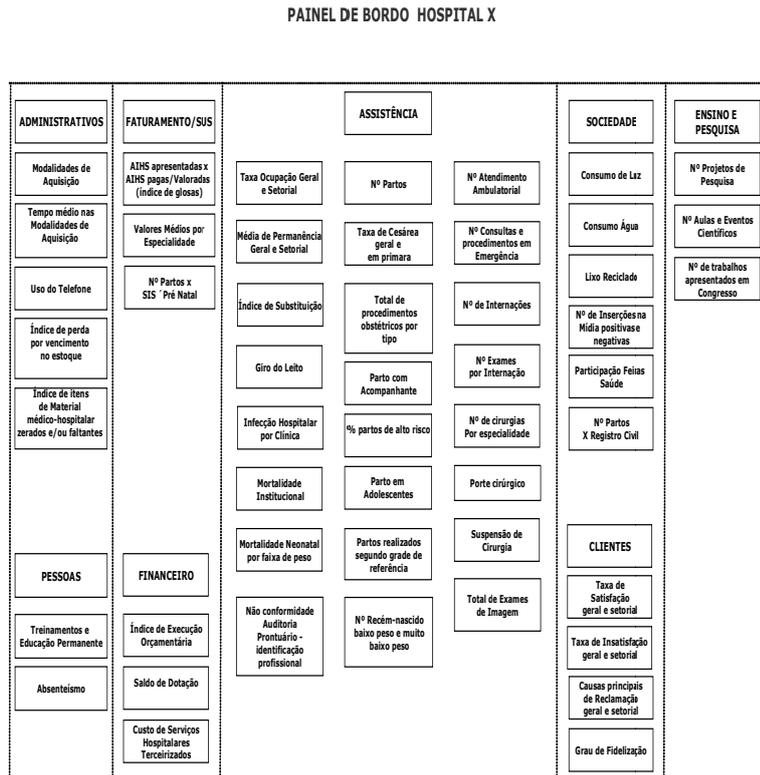
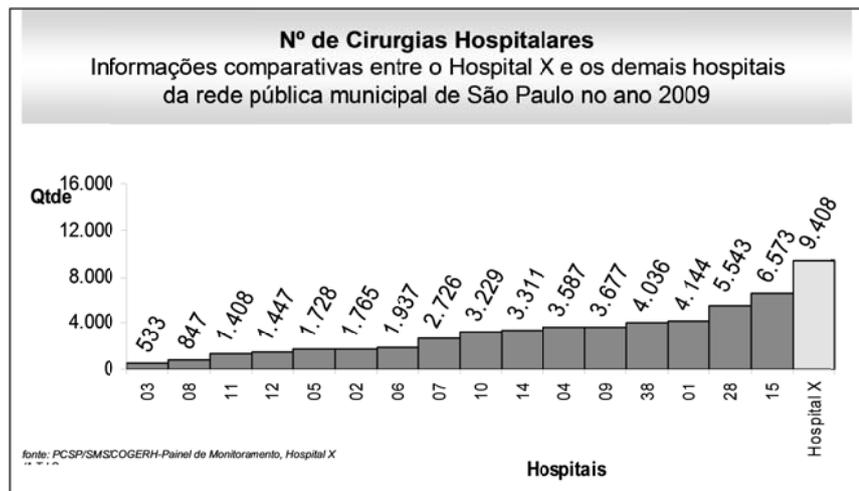


Figura 2 – Exemplo de Utilização dos dados do Painel de Monitoramento – Número de Cirurgias



Durante o ano de 2010, além dos indicadores do Painel de Monitoramento de SMS, foi criado o Painel de Bordo de maneira personalizada. Alguns indicadores mereceram uma atenção especial, pois apresentaram taxas inesperadas. Um deles foi o de suspensão de cirurgia que apresentou um índice bem acima do esperado.

Baseado nisso foi designado que um levantamento de todas essas suspensões fosse realizado minuciosamente.

A abertura desta “Caixa de Pandora” proporcionou o entendimento das distorções que estavam acontecendo e assim foram tomadas as atitudes necessárias para corrigi-las.

Outro indicador que mereceu uma análise diferenciada foi o de porte cirúrgico, onde foi notada prevalência de cirurgias de pequeno porte, que poderiam ser resolvidas com a criação de uma ala de Hospital-Dia, não comprometendo os leitos de enfermaria e não “contaminando” a análise das taxas de ocupação e outras pertencentes ao Painel de Monitoramento.

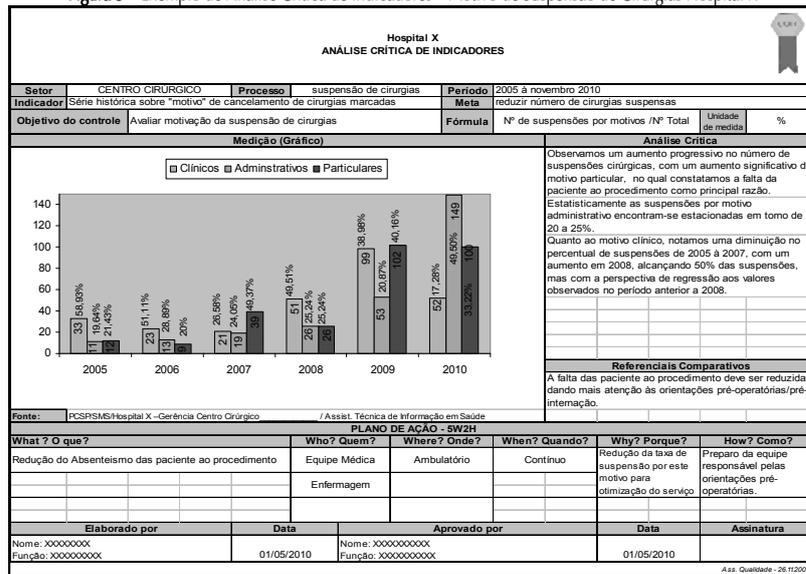
Esse projeto já está em andamento, devendo brevemente ser implantado, com o credenciamento de leitos de Hospital Dia junto ao Ministério da Saúde

CONCLUSÕES

O benchmarking deve ser um processo contínuo. Esta prática aliada a novo modelo de análise crítica de indicadores implantada em 2010 vem sendo ampliada, visando avaliação global dos processos e resultados da Organização, objetivando identificação de problemas e a proposição de soluções. Além dos dados do Painel de Monitoramento, utilizam-se os referenciais comparativos obtidos através da participação no CQH, de dados do Programa Mãe Paulistana, busca em bases de dados oficiais como o SINASC e dados de literatura.

A parcela do mercado representada pelo Hospital X é de extrema relevância para a cidade de São Paulo, em especial para a região Norte da cidade e mais ainda para a zona Noroeste, no que tange à Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia.

Figura 3 – Exemplo de Análise Crítica de Indicadores – Motivo de Suspensão de Cirurgias Hospital X



A utilização do Painel de Bordo, recomendada pelo CQH, após sua implantação e monitoramento, revelou-se uma ferramenta de extrema utilidade na Gestão Estratégica.

A partir dessa experiência, algumas recomendações tem sido difundidas no hospital e incluídas no Planejamento Estratégico da Organização:

- Ampliar a comparação de indicadores a fim de encontrar novas oportunidades de melhoria com o uso do Benchmarking.
- Monitorar e analisar o grau de competitividade do Hospital X no mercado.
- Identificar diferenciais favoráveis e desfavoráveis.
- Possibilitar o estabelecimento de metas.
- Manter o cuidadoso olhar para os indicadores escolhidos na participação do Painel de Bordo.
- Proceder a análises periódicas a fim de detectar se estes indicadores estão respondendo as perguntas que os gestores necessitam para seu planejamento estratégico.
- Caso haja necessidade de outras informações, a direção juntamente com as gerências deve propor novos indicadores para serem monitorados.
- Os principais indicadores a serem monitorados devem ter real aplicabilidade. É importante manter um painel não muito extenso e adaptável.
- Sempre que houver dificuldade de análise em um item considerado importante, realizar uma "força-tarefa" para decifrá-lo corretamente.
- Tomar as atitudes cabíveis para a correção das distorções detectadas.
- Manter a informação democratizada e o comprometimento da equipe gerencial e de diretoria.

Qualidade e Segurança

P_91_2011 - Mapeamento de curvas de isoexposição, em área que usam equipamentos radiológicos móveis convencionais, como base para elaboração de estratégias de proteção radiológica

Alexandre Bacelar, José Rodrigo Mendes Andrade, Andréia Caroline Fischer da Silveira Fischer, Gabriela Hoff, André Crivella Accurso

Resumo: Este trabalho tem como objetivo definir uma estratégia para utilizar dados de exposição como base para desenvolver procedimentos de proteção radiológica, aplicada à realidade do serviço que utiliza equipamentos móveis de radiação X. Geramos informações experimentais para a zona segura definida pela legislação nacional. Os resultados mostram que no raio de 30 cm do feixe central de radiação os dados apresentaram-se acima da dose ambiente limite para a definição de Área Livre; e a 2,1 m todos os dados apresentaram-se 10% abaixo desse limite. Os resultados corroboram com a legislação quanto à segurança da distância de 2 m determinada.

Palavras-chave: isoexposição, proteção radiológica, radiação ionizante

INTRODUÇÃO:

Os princípios de radioproteção, aplicados a radiologia diagnóstica, segundo a regulamentação nacional [1] e recomendações internacionais [2,3], são: Justificação, Otimização da dose, Limitação de dose e Prevenção de acidentes. Todos esses estão embasados no conceito de que a dose absorvida por pacientes, durante um exame de radiodiagnóstico, deva ser tão baixa quanto possível para a realização de imagens com qualidade diagnóstica. Esse é conhecido como princípio ALARA, em inglês "as low as reasonable achievable" [4].

Pensando na população de trabalhadores ou nos pacientes internados em áreas como UTI, Emergência, Sala de Recuperação, Unidade de Internação, etc. onde são utilizados equipamentos geradores de raios X móveis para a realização de exames diagnósticos, a questão a ser levantada seria: Como podemos utilizar a informação gerada pela exposição para planejar estratégias de proteção radiológica em áreas onde equipamentos móveis de raios X são utilizados para procedimentos diagnósticos?

Assim sendo, o objetivo desse trabalho é definir uma estratégia de utilizar dados de exposição na entrada da pele e de isoexposição como base para desenvolver procedimentos de proteção radiológica, aplicados à realidade do serviço que utiliza equipamentos móveis geradores de radiação X para uso diagnóstico.

JUSTIFICATIVA:

Existem diferentes modelos atualmente aceitos para calcular a dose de radiação direta provinda de um exame na radiologia diagnóstica [5]. Estes modelos fornecem resultados que podem ser relacionados diretamente com o aumento do risco de desenvolvimento de efeitos biológicos, como câncer [6] entre outros. Entretanto, quando

se fala de radiação espalhada, esses modelos não se aplicam [6,7]. Atualmente não existe um consenso na metodologia a ser utilizada para calcular ou estimar o risco adicional causado por radiação espalhada proveniente de atividades profissionais ou para pacientes próximos a fontes de radiação X para uso diagnóstico. Este trabalho busca informações experimentais para a zona de segurança definida pela legislação nacional [1,8] e uma forma de estimar o aumento de risco baseado em dados de curvas experimentais de isoexposição.

MÉTODOS:

Com a finalidade de avaliar o mapa de distribuição da exposição gerada pela radiação espalhada ao redor do leito hospitalar durante um procedimento radiológico realizado por um equipamento móvel, foram selecionados três equipamentos de raios X móveis: um Shimadzu modelo MUX 10, e dois Siemens modelos 1809990X0551 e 1813190G0371, respectivamente.

Tais equipamentos foram inicialmente avaliados quanto às suas características de exatidão e de repetibilidade da Taxa de KERMA no ar e da tensão aceleradora, a exatidão e a linearidade do tempo de exposição, a colimação e o alinhamento do feixe central de radiação, assim como testes de radiação de fuga. Todos os equipamentos avaliados apresentaram boas condições de uso, estando de acordo com as exigências mínimas brasileiras. A exceção foi o equipamento Siemens (modelo 1809990X0551) que apresentou problemas no alinhamento e na colimação do feixe de radiação. Os resultados dos testes realizados foram encaminhados para os responsáveis pelas instituições e as devidas providências foram tomadas antes que continuássemos com a coleta de dados.

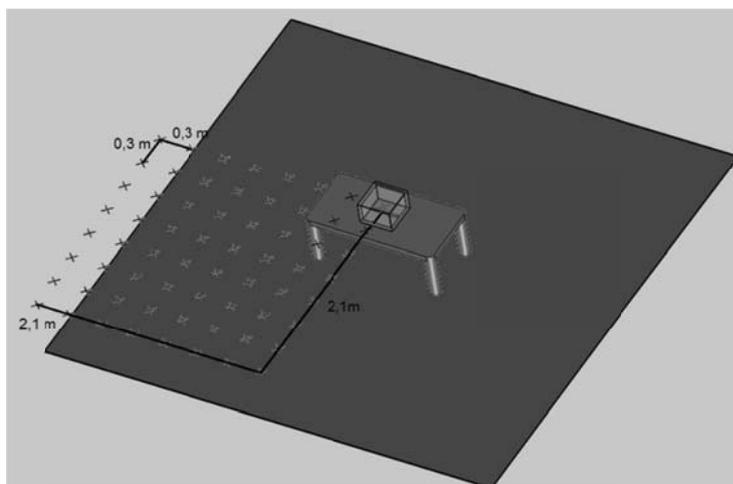


Figura 1: Esquema da malha de coleta (no esquema somente um dos quatro quadrantes está marcado, mas as medidas foram realizadas nos quatro quadrantes); As medidas foram realizadas na altura referente ao centro do simulador. A marcação em vermelho refere-se ao centro da coleta e as demais marcações aos outros pontos coletados.

A estratégia de coleta de dados foi definida a partir da utilização de um material espalhador não antropomórfico, isto é, um simulador de acrílico nas dimensões de (30 x 30 x 20) cm, para simular o tórax, que contém uma barra de alumínio de (2 x 1,5 x 30) cm, para simular a coluna. Este foi colocado sobre uma mesa de inox (utilizada como suporte) e disposto em uma sala de exames vazia. Isso possibilitou a realização das medidas de exposição na malha definida e o mapeamento da área de interesse.

A área de interesse foi definida com base num ponto central, onde foi disposto o centro do simulador. A partir deste ponto, foram realizadas medidas da exposição a cada 0,3 m, formando uma malha no plano medial do simulador que se estende 2,1 m para todos os lados do plano, conforme Figura 1.

O KERMA na entrada da pele foi medido sobre o simulador no centro de sua área superficial com câmara de ionização para feixe primário. Este KERMA considera o retroespalhamento do simulador. As demais exposições coletadas não consideram a contribuição do retroespalhamento em suas medidas.

A exposição foi mensurada utilizando câmaras de ionização para feixe de radiação secundário devidamente calibradas. Foram utilizados eletrômetros e câmaras de ionização da marca Radcal (modelo 180CC) na coleta com o equipamento Shimadzu, e da marca Victoreen (modelo 660-5) com os equipamentos da Siemens.

As características das técnicas radiográficas selecionadas foram dependentes das limitações de cada equipamento. Estas estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1: Técnicas radiológicas utilizadas na coleta de dados de exposição

Característica	Siemens	Shimadzu
kV	96	100
mAs	40	63

As diferenças nas técnicas utilizadas decorrem das limitações dos equipamentos utilizados na coleta de dados, dessa forma, o kVp e mAs utilizados tiveram que variar. Para minimizar as variações causadas pelas diferenças no mAs das coletas os dados foram normalizados para exposição/mAs.

Com os dados normalizados foi possível investigar a média de carga transportada por procedimento radiológico e o número médio de exames por mês em diferentes hospitais da cidade de Porto Alegre. A Tabela 2 mostra a média de mAs/exame e o número de exames por mês de procedimentos radiodiagnósticos utilizando equipamentos móveis em UTI adulta e UTI pediátrica.

Tabela 2: Média dos valores de carga transportada pelo tubo de raios X e o número de procedimentos das áreas de hospitalização adulta e pediátrica.

Técnica radiográfica	Média mAs/exame	Número de procedimentos/mês
Adulta	3.55	44.5
Pediátrica	3.16	20.1

Formam gerados mapas (Figura 2) a partir das exposições coletadas. Estes foram normalizados para fornecer um fator de forma para as isolinhas e para a exposição por mAs. Isto foi realizado dividindo todas as medidas da coleta de dados pelo mAs da coleta.

Como todos os testes de controle de qualidade dos equipamentos apresentaram-se dentro dos limites normativos nacionais, dentre eles o teste da linearidade de resposta de KERMA com o mAs, foi possível estimar o KERMA na entrada da pele devido à radiação X espalhada por exame multiplicando o valor da tabela de dados pelo valor de mAs do exame no local. Isso só pode ser realizado para exames que apresentem um kVp semelhante ao da coleta da exposição (Tabela 1). Foram considerados os

parâmetros KERMA médio por mAs ($KERMA/mAs$), o mAs médio por procedimento ($mAs/procedimento$), o número de procedimentos por unidade de tempo ($n^o\ procedimento/tempo$) e o tempo de interesse do estudo ($tempo$). A relação é evidenciada pela Equação 1.

$$KERMA_{total} = \frac{KERMA}{mAs} \frac{mAs}{procedimento} \frac{n^o\ procedimento}{tempo} tempo$$

RESULTADOS:

Os gráficos apresentados na Figura 2 mostram as curvas de isoexposição geradas com base nas coletas realizadas em cada equipamento. As linhas internas apresentam os maiores valores de exposição e as externas os menores valores. Observa-se uma tendência comum das linhas em circundar a área de feixe primário. Além disso, o formato das curvas é semelhante nos gráficos da Figura 2 (a) e (b), relativamente retangulares. A exceção é o gráfico da Figura 2 (c) que apresenta uma distorção que torna o formato triangular.

Considerando a linha externa das curvas geradas, constata-se que todos os equipamentos apresentam taxas de exposição por mAs seguras, evidenciando que o limite de 2 m (para determinadas áreas) especificado na legislação nacional [1,8] para técnicos radiologistas e leitos é satisfatória. Portanto, a área forma do limite de 2 m de distância será nominada doravante de área de segurança.

Porém, existem outras áreas em que estes equipamentos são utilizados nas quais a distância entre o eixo central do feixe de radiação e o indivíduo de interesse não é determinada pela legislação, a exemplo cita-se: a pediatria e a UTI neonatal. A Tabela 3 mostra as especificações de distância entre leitos definida pela normativa nacional [8].

Tabela 3: Distâncias entre leitos definidas pela RDC 50[8].

Área	Distância entre leitos (m)
Recuperação pós-anestesia	0,8
Coletiva de tratamento Neonatal	Sem especificações

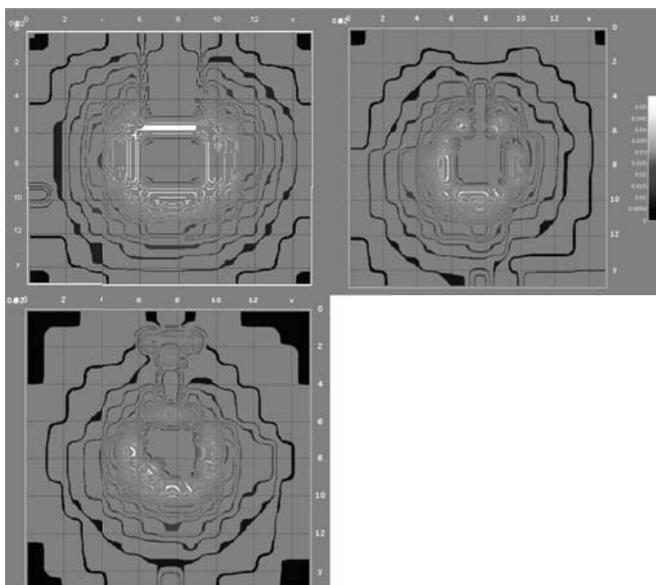
Nessas áreas não existe a exigência legal de manter 2 m de distância entre as camas dos pacientes ou incubadoras pediátricas. Assim sendo, os resultados deste trabalho apontam que, nesses casos, é importante que os profissionais atuantes nessas áreas, bem como os pacientes, mantenham-se a, no mínimo, 2 m de distância do feixe central de radiação X. Dessa forma, recomenda-se que as macas ou incubadoras posicionadas a menos de 2 m sejam movidas para a área de segurança no momento da irradiação.

A Tabela 4 mostra a média dos dados reais coletados nos três equipamentos. Estes dados podem ser utilizados para definir o risco associado à irradiação adicional, bem como, para verificar o a possível exposição na entrada da pela adicional causada pela radiação espalhada.

Tabela 4: Media aritmética dos valores de KERMA na entrada da pele em diferentes pontos, em mGy/mAs, de todos os equipamentos investigados nesse trabalho.

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
1	0.000028	0.000033	0.000037	0.000041	0.000045	0.000044	0.000027	0.000022	0.000028	0.000043	0.000045	0.000040	0.000037	0.000032	0.000027
2	0.000033	0.000038	0.000043	0.000050	0.000058	0.000061	0.000136	0.000129	0.000126	0.000060	0.000059	0.000048	0.000041	0.000036	0.000031
3	0.000037	0.000044	0.000053	0.000062	0.000076	0.000087	0.000068	0.000171	0.000059	0.000083	0.000070	0.000060	0.000050	0.000042	0.000035
4	0.000040	0.000050	0.000063	0.000079	0.000100	0.000128	0.000106	NA	0.000095	0.000116	0.000094	0.000075	0.000060	0.000049	0.000038
5	0.000046	0.000056	0.000073	0.000098	0.000137	0.000195	0.000201	NA	0.000165	0.000178	0.000130	0.000100	0.000072	0.000058	0.000044
6	0.000048	0.000061	0.000083	0.000117	0.000183	0.000298	0.000559	0.000756	0.000510	0.000298	0.000167	0.000121	0.000083	0.000063	0.000047
7	0.000052	0.000066	0.000089	0.000130	0.000227	0.000501	NA	NA	NA	0.000533	0.000256	0.000148	0.000097	0.000070	0.000054
8	0.000062	0.000080	0.000108	0.000167	0.000306	0.000798	NA	NA	NA	0.000607	0.000261	0.000150	0.000110	0.000071	0.000055
9	0.000060	0.000079	0.000107	0.000162	0.000288	0.000628	0.002410	NA	NA	0.000562	0.000255	0.000145	0.000106	0.000067	0.000053
10	0.000030	0.000070	0.000103	0.000143	0.000226	0.000388	0.000584	0.000861	0.000557	0.000306	0.000222	0.000126	0.000094	0.000063	0.000050
11	0.000052	0.000066	0.000090	0.000120	0.000175	0.000240	0.000290	0.000343	0.000286	0.000193	0.000149	0.000106	0.000083	0.000058	0.000046
12	0.000048	0.000056	0.000070	0.000097	0.000125	0.000155	0.000174	0.000194	0.000168	0.000127	0.000106	0.000085	0.000070	0.000050	0.000040
13	0.000042	0.000049	0.000059	0.000077	0.000092	0.000108	0.000117	0.000121	0.000119	0.000089	0.000078	0.000067	0.000058	0.000043	0.000037
14	0.000038	0.000046	0.000055	0.000068	0.000076	0.000085	0.000088	0.000090	0.000082	0.000068	0.000062	0.000055	0.000050	0.000039	0.000033
15	0.000034	0.000037	0.000041	0.000051	0.000057	0.000063	0.000068	0.000066	0.000063	0.000059	0.000057	0.000053	0.000046	0.000036	0.000032

As zonas que apresentam NA representam os locais onde as medidas não puderam ser realizadas por estar na área primária de irradiação ou estar sendo ocupada por alguma parte do equipamento móvel gerador de radiação X.



A estimativa da exposição adicional causada pela radiação espalhada dentro da área de 2 m pode ser realizada segundo o modelo evidenciado na Equação 1 citada anteriormente. Segue, como exemplo, na Tabela 5 a análise do caso de um trabalhador de uma área onde utilizam-se equipamentos móveis de raios X, que não mantém-se a 2 m de distância do feixe central de radiação. Considerou-se que este trabalhador exerça sua atividade por 11 meses por ano. Cabe ressaltar que esta tabela foi gerada através da aplicação da Equação 1 em cada um dos pontos da Tabela 4.

Tabela 5: Dados de dose absorvida em volume de ar, em mGy, gerados com base mapas de KERMA/mAs, considerando um trabalhador que atue na área pediátrica e esteja presente em todos os exames realizados, tendo como fatores reais o mAs por exame de 3,16, número de exames por mês de 20,1 e 11 meses trabalhados em 1 ano (considerando que esse indivíduo tire férias).

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
1	0.019534	0.023283	0.025629	0.028982	0.031129	0.030913	0.018889	0.015103	0.019742	0.030309	0.031126	0.027767	0.025623	0.022240	0.018823
2	0.023066	0.026284	0.030233	0.035000	0.040423	0.042538	0.095107	0.090217	0.087946	0.042130	0.041244	0.033412	0.028688	0.025355	0.021409
3	0.025905	0.030436	0.036826	0.043628	0.053024	0.061087	0.047161	0.119648	0.041309	0.058081	0.048607	0.041727	0.035221	0.029385	0.024440
4	0.028138	0.034739	0.044085	0.055515	0.070642	0.089328	0.073798	NA	0.066287	0.081326	0.065327	0.052343	0.041846	0.034326	0.028894
5	0.031923	0.039209	0.050793	0.066514	0.095668	0.134411	0.140609	NA	0.115107	0.124302	0.091912	0.069945	0.050595	0.040398	0.030908
6	0.033309	0.042421	0.057862	0.081757	0.128153	0.207903	0.295986	0.528526	0.358927	0.208221	0.117001	0.084542	0.058270	0.048336	0.032506
7	0.036170	0.045861	0.062188	0.090534	0.158532	0.350336	NA	NA	NA	0.372075	0.178648	0.103190	0.067484	0.048637	0.037530
8	0.043266	0.055614	0.075403	0.116488	0.213805	0.557582	NA	NA	NA	0.423826	0.182599	0.104587	0.076629	0.049269	0.038119
9	0.042156	0.055133	0.074743	0.113192	0.201029	0.438586	1.683809	NA	NA	0.392506	0.178282	0.101565	0.074351	0.046737	0.037198
10	0.020844	0.048660	0.071709	0.099910	0.157567	0.270857	0.409609	0.601416	0.369327	0.213760	0.155207	0.087996	0.063364	0.044077	0.034685
11	0.034461	0.045999	0.062593	0.093910	0.122343	0.167591	0.204560	0.235437	0.260030	0.134654	0.074039	0.057735	0.040206	0.031933	0.024881
12	0.033318	0.039394	0.048643	0.067726	0.087640	0.108454	0.124286	0.135884	0.117556	0.088821	0.074039	0.059492	0.048203	0.034620	0.027909
13	0.029345	0.034245	0.040897	0.053986	0.064274	0.075783	0.081396	0.084732	0.083014	0.062215	0.054799	0.047167	0.040444	0.030072	0.022652
14	0.026232	0.032065	0.038273	0.047181	0.053203	0.059173	0.061805	0.063191	0.057301	0.047203	0.043308	0.038301	0.034804	0.027430	0.021332
15	0.023564	0.025732	0.028910	0.035769	0.039984	0.043950	0.047201	0.046358	0.043736	0.041465	0.040084	0.036723	0.032085	0.024861	0.022085

As zonas que apresentam NA representam os locais onde as medidas não puderam ser realizadas por estar na área primária de irradiação ou estar sendo ocupada por alguma parte do equipamento móvel gerador de radiação X.

Tabela 6: Dados de dose absorvida em volume de ar, em mGy, gerados com base mapas de KERMA/mAs, considerando um trabalhador que atue na área pediátrica e esteja presente em todos os exames realizados, tendo como fatores reais o mAs por exame de 3,55, número de exames por mês de 40,5 e 11 meses trabalhados em 1 ano (considerando que esse indivíduo tire férias).

	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
1	0.048585	0.057908	0.063744	0.072083	0.077423	0.076885	0.046981	0.037565	0.049102	0.075384	0.077416	0.069061	0.063728	0.055315	0.046815
2	0.057370	0.065372	0.075193	0.087052	0.100540	0.105799	0.236548	0.224384	0.218736	0.104785	0.102581	0.083100	0.071798	0.063061	0.053247
3	0.064429	0.075999	0.091591	0.108509	0.131879	0.151934	0.117296	0.297585	0.102743	0.144456	0.120894	0.103783	0.087601	0.073086	0.060786
4	0.069985	0.086401	0.109647	0.138076	0.174207	0.222174	0.183547	NA	0.164867	0.202270	0.162480	0.130683	0.104077	0.085374	0.066891
5	0.079397	0.097619	0.126330	0.170405	0.237942	0.339353	0.349717	NA	0.286290	0.309161	0.226362	0.173968	0.128838	0.100475	0.078874
6	0.082845	0.105509	0.143912	0.203344	0.318739	0.517090	0.971093	1.314524	0.897065	0.517881	0.291000	0.210269	0.144928	0.109028	0.080648
7	0.089962	0.114065	0.154671	0.225173	0.364296	0.871345	NA	NA	NA	0.925414	0.444237	0.256650	0.167844	0.120970	0.093343
8	0.107610	0.138322	0.187541	0.289724	0.531769	1.386801	NA	NA	NA	0.654128	0.454155	0.260125	0.190589	0.122539	0.094809
9	0.104650	0.137126	0.185897	0.281528	0.499994	1.090836	4.187917	NA	NA	0.976229	0.464316	0.252609	0.184923	0.116244	0.092518
10	0.051842	0.121025	0.178351	0.248492	0.391896	0.673667	1.014937	1.495823	0.968322	0.531657	0.386025	0.218861	0.162572	0.109626	0.082628
11	0.090684	0.114405	0.156207	0.207952	0.304288	0.418951	0.503547	0.595768	0.497509	0.354907	0.259519	0.184148	0.143397	0.100000	0.079423
12	0.083613	0.097979	0.120983	0.168447	0.217976	0.269743	0.301658	0.337468	0.292381	0.220912	0.184148	0.147968	0.122376	0.089105	0.069415
13	0.072987	0.085174	0.101717	0.134271	0.184521	0.202445	0.210743	0.206470	0.164740	0.142422	0.136284	0.117287	0.100590	0.074793	0.063802
14	0.065468	0.079751	0.095191	0.117347	0.132325	0.147173	0.153720	0.157168	0.142516	0.117402	0.107714	0.095260	0.086564	0.068222	0.057533
15	0.059607	0.063999	0.071904	0.088964	0.099448	0.109311	0.117398	0.115301	0.108778	0.103130	0.099695	0.091337	0.079801	0.061834	0.054928

As zonas que apresentam NA representam os locais onde as medidas não puderam ser realizadas por estar na área primária de irradiação ou estar sendo ocupada por alguma parte do equipamento móvel gerador de radiação X.

Com base na definição de Área Livre da portaria 453 essa é uma área isenta de controle especial de proteção radiológica, onde os níveis equivalente de dose ambiente devem ser inferiores a 0,5 mSv/ano. Observando-se os dados da Tabela 5, que considera um trabalhador presente em todos os exames realizados em equipamentos móveis na área pediátrica, somente 4 pontos (em vermelho) estão acima da recomendação para área livre, que estão localizados dentro do raio de 30 cm do feixe de radiação, ou seja, alguém que esteja encostado na cama do paciente irradiado. Os pontos em Laranja representam pontos com dados limítrofes, ou seja, que poderia estar na área limite da definição de área livre, dada as variações nos dados experimentais. Tá pata a tabela 6, que considera a média dos dados reais de uma área adulta, A área cima da especificação de Área Livre normativa aumentou de 30 para 60 cm de distância entre o feixe central de irradiação e o ponto de observação da medida. Mas para os pontos localizados a 2,1 m todas as medidas estão abaixo do recomendado como valor máximo para dose ambiente em Área Livre, ficando todos os pontos com valores inferiores a 25% desse limite.

Considerando questões de segurança e proteção radiológicas comuns a áreas onde exames são realizados com equipamentos móveis em hospitais e clínicas, sugere-se observar outra informação importante na definição de área livre, sendo ela, “área isenta de controle especial de proteção radiológica”. Assim sendo, com base nos dados experimentais desse trabalho mostra-se que é segura a área acima de 2 m de distância do eixo central do feixe primário, não sendo necessário o uso de dosímetros ou quaisquer outros tipos de monitores ou de blindagens, visto que esta área é classificada como Área Livre. Na verdade, para indivíduos que fiquem a 2 m do centro de irradiação (valores em azul na Tabela 5), os dados evidenciam valores sempre inferiores a 10% do estipulado como valor máximo limite de dose ambiente para a definição de área livre. Assim, pode-se afirmar ser seguro transitar na área acima de 2 m, sendo esta considerada como área livre pela definição da Portaria 453[1].

Logo, quando for impossível a remoção ou transporte dos pacientes para esta área, pode-se, com base nas curvas, definir regiões seguras, posicionando o equipamento móvel de forma que esses indivíduos que não possam ser removidos para a área de segurança fiquem fora da área descrita pelos dados em vermelho e amarelo da Tabela 5, minimizando a exposição.

Entretanto, observa-se que esta tabela representa a média dos dados de exposição por mAs coletados em diferentes equipamentos e que cada um desses equipamentos possui suas particularidades. Assim sendo, sugere-se que os dados da malha de exposição por mAs seja coletado para cada equipamento móvel de seu hospital, se possível. Caso contrário, esta tabela nos dá uma boa aproximação das curvas para equipamentos em geral.

Assim, pode-se personalizar os dados obtidos em um hospital ou clínica e definir um risco associado a essa exposição na entrada da pele. Para transformar esta exposição em dose em um órgão ou tecido e/ou em dose de corpo inteiro é necessário que se usem coeficientes de conversão da exposição em dose. Estes fatores de conversão de KERMA ou exposição em dose efetiva são bem definidos para radiação primária, mas ainda não foram calculados para exposições provenientes de radiação secundária. Sugere-se a determinação destes fatores de conversão para que se complete a análise.

CONCLUSÕES:

Constatou-se neste trabalho, através de dados experimentais, que a distância de 2 m do feixe central da área de irradiação é segura, tanto para pacientes internados em áreas que utilizam equipamentos móveis de raios X para exames diagnósticos quanto para trabalhadores das mesmas. Isto considerando até mesmo um caso extremo, de análise conservativa, de um trabalhador que esteja presente durante todas as irradiações geradas pelos procedimentos radiológicos.

Na situação de simulação de exame de tórax estudada neste trabalho, somente o raio dado pela distância de 30 cm apresentou valores acima da dose ambiente definida como limite para a definição de Área Livre. Os pontos coletados a 2,1 m do centro do feixe primário mostraram valores sempre 10% inferiores ao limite máximo estabelecido para determinar Área Livre [1].

Para que seja possível uma avaliação mais aprofundada dos riscos associados é fundamental que sejam determinadas as doses efetivas dos órgãos ou tecidos e a dose efetiva de corpo inteiro para os pacientes e trabalhadores. Para tanto, faz-se necessária a determinação de fatores de conversão de KERMA em dose efetiva, considerando

radiação espalhada, para os casos mais comuns. Isso completaria o grupo de informações relevantes para avaliação do risco de radiação e segurança quanto à proteção radiológica, possibilitando uma avaliação do risco associado a essa exposição adicional.

Referências

- [1] BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico. Portaria Federal 453 de 1989.
- [2] INTERNATIONAL COMMISSION ON RADIOLOGICAL PROTECTION. Radiological Protection and Safety in Medicine/ ICRP Publication 73. 1996
- [3] INTERNATIONAL COMMISSION ON RADIOLOGICAL PROTECTION. Radiological Protection in Medicine / ICRP Publication 105. 2007.
- [4]. INTERNATIONAL COMMISSION ON RADIOLOGICAL PROTECTION. The Optimization of Radiological Protection - Broadening the Process. ICRP Publication 101b. 2006.
- [5] R Kramer, H J Khoury, J W Vieira and V J M Lima. Max06 And Fax06: update of Two ICRP-Based Adult Human Phantoms For Radiation Protection Dosimetry. Physics In Medicine And Biology, (51), 3331-33465, 2006.
- [6] UNSCEAR. Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation to the General Assembly ANNEX A: Dose assessment methodologies. Vol 1, p. 29 – 82. 2000.
- [7] UNSCEAR. Report of the United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation to the General Assembly ANNEX G: Biological Effects At Low Radiation Doses. Vol 2, p. 73 – 175. 2000.
- [8] BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Técnico Para Planejamento, Programação, Elaboração E Avaliação De Projetos Físicos De Estabelecimentos Assistenciais De Saúde. Resolução – RDC nº 50, 2002.

Qualidade e Segurança

P_92_2011 - Farmácia Clínica em Assistência Domiciliar

Bruno Marcondes Louzada, Gláucia Antoniazzi Tejos

Resumo: As interações medicamentosas e eventos adversos em geral a medicamentos são sub-notificadas no ramo de assistência domiciliar, devido à falta de estudos e trabalhos nesta área, além da dificuldade que o próprio ramo leva ao profissional farmacêutico, de estar distante do paciente. Este trabalho demonstra a implantação da assistência farmacêutica aos pacientes em atendimento domiciliar, visando aumentar a notificação de eventos adversos, reduzir a incidência de interações medicamentosas, interações com alimentos, divulgação das vias de administração dos fármacos, protocolo de medicamentos utilizados via sonda, com objetivo de aumentar a eficácia do plano terapêutico proposto.

Palavras-Chave: interações medicamentosas; atenção farmacêutica; medicamentos; reações adversas.

Introdução:

Eventos adversos podem ser classificados como “qualquer dano ou lesão causado ao paciente pela intervenção da equipe de saúde relacionada aos medicamentos” segundo a OMS.

Segundo Mendes, W. et al. ; 2005, estes eventos causam mais mortes que a AIDS, câncer de mama e atropelamentos ou acidente de carros nos EUA, mesmo assim não é considerado um risco sério e poucos trabalhos foram feitos sobre isso. A área de assistência domiciliar se assemelha com a hospitalar, diferenciando apenas na distância do profissional com os pacientes e familiares, pois a acessibilidade ao paciente em assistência domiciliar é mais difícil que no ambiente hospitalar. Outro fator que difere de hospitais é que os pacientes são crônicos e tomam diversas medicações, muitas vezes por toda a vida, podendo ser até dez medicamentos diferentes em um único dia. Este fator aumenta a probabilidade de interações que podem comprometer a eficácia do tratamento. Em Assistência Domiciliar não há registro de trabalhos sobre este tema, sendo este um trabalho pioneiro na área com o intuito de reduzir e alertar sobre este problema.

Justificativa:

Considerando que eventos adversos podem ocorrer devido a diversos fatores, como interações medicamentosas, nutricionais, eventos adversos relacionados à dosagem, obstrução de sondas, flebite, farmacocinética e diluição/administração independente da assistência em saúde ocorrer no âmbito hospitalar ou domiciliar, sentimos a necessidade de estruturar assistência farmacêutica na empresa.

Objetivo

Este trabalho tem por objetivo estruturar e implantar assistência farmacêutica em empresa de Assistência Domiciliar promovendo um maior controle das medicações utilizadas nos pacientes em programa de Internação Domiciliar, divulgação das informações ao corpo assistencial, redução de interações medicamentosas, alérgicas e eventos adversos em geral, além de erros de administração que podem levar a um agravamento do estado de saúde do paciente.

Métodos:

Anteriormente a este plano, os métodos de avaliação de prescrições eram muito limitados e não atingiam o nível operacional do corpo clínico, tomavam muito tempo para serem desenvolvidas e continham poucas informações relevantes. Após análises, pesquisas e “*benchmarking*” em hospitais de referência, o projeto de farmácia clínica foi remodelado para analisar de forma mais completa o plano terapêutico do paciente, com a criação de indicadores que possam nos mostrar a eficácia das ações. Sendo eles:

- Farmacocinética: intervenções relacionadas com absorção, distribuição, metabolismo e excreção do fármaco
- Interação medicamentosa: intervenções relacionadas a interações medicamentosas
- Eventos adversos ao medicamento: intervenções relacionadas com a prevenção de efeitos adversos mais comuns à determinada medicação, como alteração da dosagem, do horário e até a possível suspensão da medicação, caso esta gere muitos efeitos nocivos ao paciente.
- Adaptação de forma farmacêutica para administração via sonda / alteração de via de administração

Uma das ações foi à criação de questionários para auxiliar no levantamento de dados importantes para garantia do tratamento adequado, um específico para a família e auxiliares e outro para o médico assistencial, tendo início previsto para março de 2011, que serão aplicados em projeto piloto, antes de sua total implantação.

O questionário para a família e os auxiliares, foi desenvolvido com base nos padrões estabelecidos pelo CRF e estudos de Atenção Farmacêutica, onde constam itens como o que se espera do tratamento, preocupações e grau de entendimento da farmacoterapia (caso a família ou o paciente não compreendam as dosagens e os motivos de tomar específicas medicações) e comportamento do paciente em relação a farmacoterapia (caso paciente tenha dificuldade em tomar algum dos medicamentos). Serão implantadas também, visitas do farmacêutico clínico nas residências de pacientes classificados como “crítico”, ou seja, pacientes que fazem uso de diversos medicamentos, e necessitam de orientações para melhoria da eficácia do plano terapêutico.

Um questionário médico também foi desenvolvido e é mais completo, tendo como pontos principais a farmacocinética, problemas com diluição e administração de medicamentos, casos de paciente com utilização de sonda naso-enteral, pois diversas medicações possuem o risco de obstruir a sonda, eventos adversos mais comuns

causados por medicamentos e interações medicamentosas. Este questionário será aplicado durante as reuniões técnicas com o corpo clínico uma vez ao mês, onde serão expostas as interações medicamentosas e demais pontos críticos da prescrição médica, bem como sugestões de alterações para adequação das administrações.

Será implantada a busca ativa nos prontuários, a fim de detectar reações sub notificadas e outros problemas que possam interferir no plano terapêutico do paciente.

Foi desenvolvido um manual farmacêutico para serem disponibilizados para o corpo clínico, para consultas rápidas que possam auxiliar na escolha da droga e na prescrição de forma correta

- Descrição Técnica do Medicamento: contendo o nome do princípio ativo do medicamento
 - Indicação: informações sobre para qual enfermidade a medicação é indicada
 - Dosagem: a dosagem padrão da empresa
 - Posologia: Descrição para adultos e crianças
 - Forma Farmacêutica: especificando se o medicamento é comprimido, cápsula, ampola, gotas, etc.
 - Alertas: Relação de drogas que geram cuidados especiais na administração.
 - Diluição / Estabilidade / Forma de Administração: contem informações sobre como a medicação deve ser administrada.
 - Possíveis Interações Medicamentosas e Nutricionais: para que o médico fique ciente de que determinada medicação pode interagir com outra ou com um alimento, gerando eventos adversos, redução da eficácia.
 - Listagem de Medicamentos para Administração Via Sonda Naso-Enteral: Esta informação é enviada tanto no manual de Medicamentos quanto para as residências, pontuando quais medicamentos podem ser macerados e quais devem ser substituídos por outras formas farmacêuticas, a fim de evitar obstrução da sonda.
- Listagem de Eventos Adversos Gerais: Informações de todas as medicações e seus efeitos adversos mais comuns.

Resultados:

Desde a implantação do novo modelo de análise das prescrições médicas foram revisadas as prescrições de 150 pacientes classificados como "internação". Destas 150 prescrições, 43 continham interações medicamentosas, ou seja, aproximadamente 30% dos pacientes desta modalidade apresentaram algum tipo de problema.

Um mês depois do início da apresentação das análises ao corpo clínico, 60% dos casos foram revistos e as alterações sugeridas pela farmácia clínica foram realizadas.

Os médicos que tiveram contato com o novo processo aprovaram este projeto farmacêutico, pois reconheceram a importância deste conhecimento na sua rotina clínica. A aceitação e adesão foi bastante satisfatória à medida que promoveram alterações espontâneas nas prescrições médicas, para que se adequassem aos alertas gerados.

Conclusão

Os trabalhos sobre reações adversas a medicamentos e seus impactos são escassos e, se tratando de assistência domiciliar, muito mais restritos e difíceis de se encontrar. Isto gera um risco altíssimo, pois pacientes que fazem uso deste tipo de programa são pacientes em sua maioria crônicos e debilitados, tornando-os mais propensos a eventos adversos.

A implantação de farmácia clínica na assistência domiciliar é um desafio possível e importante de ser superado. Possibilita maior segurança assistencial ao paciente e melhor qualidade no atendimento prestado

Referências

- 1-) Revista Brasileira de Epidemiologia: Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais; Mendes, W. et al. ; 2005
- 2-) Revista de Saúde Pública: Risk of Drug interaction: combination of antiepressantes and other drugs. Vol.37 no.2 São Paulo Abr. 2003
- 3-) Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas: **Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los.** Vol.42 no.4 São Paulo out./dez. 2006

Qualidade e Segurança

P_93_2011 - Implantação de Remuneração por Desempenho do Corpo Clínico em Empresa de Assistência Domiciliar

Ana Elisa Alvares Correa De Siqueira, Luciene Carvalho Mendes Giusti, Carlos Carelli, Kelly Cristina da Silva

Resumo: O presente trabalho teve por objetivo demonstrar como a implantação de um programa de remuneração por desempenho pode agregar valor e impactar nos resultados de uma empresa de assistência domiciliar. Com apoio da gerência médica, escritório da qualidade e alta administração, a empresa vem implantando desde março de 2010 o sistema de remuneração por desempenho do corpo clínico, com o intuito de alcançar resultados assistenciais positivos, desenvolvimento e satisfação dos seus profissionais. Pudemos perceber através dos resultados que o sistema de Remuneração por Desempenho pode impactar positivamente sobre os processos da empresa, diminuindo custos e aumentando a satisfação dos profissionais.

Palavras chave: remuneração por desempenho, corpo clínico, indicadores.

INTRODUÇÃO

O capital humano é o grande diferencial de uma empresa e as organizações buscam cada vez mais mecanismos de atração e retenção de talentos, aprimorando sua gestão de pessoas, tornando-as competitivas.

Segundo (CHIAVENATO-2003), a administração de recursos humanos está passando também por grandes mudanças e inovações. Sobretudo agora, no terceiro milênio, com a crescente globalização dos negócios e a gradativa exposição à forte concorrência mundial, quando as palavras de ordem passaram a ser produtividade, qualidade e competitividade. Nesse novo contexto, as pessoas deixam de ser o problema das organizações para ser a solução de seus problemas. As pessoas deixam de ser um desafio tradicional para se tornar a vantagem competitiva das organizações que sabem lidar com elas. As pessoas deixam de ser o recurso organizacional mais importante para se tornarem o parceiro principal do negócio.

Os métodos tradicionais baseados em cargos e funções estão perdendo espaço para sistemas mais modernos e condizentes com o dinamismo do mercado. Estes sistemas baseiam-se em habilidades e competências e tem como foco as pessoas.

Para (SCARPI-2004) os mecanismos capazes de reconhecer os esforços e a participação dos colaboradores são a motivação e os incentivos, ambos com o objetivo de evitar atitudes negativas.

O autor diz ainda que a motivação dos indivíduos orienta-se pelo desejo, pela necessidade de alcançar um objetivo ou vontade de realizar uma ação, ou seja, há um motivo para a ação denominado motivação. A motivação depende da intensidade do motivo para realizar a ação, porém há duas características que diferenciam as pessoas umas das outras: a vontade e a capacidade para fazer as coisas.

Para (GEUS-2002 et al) no livro Estratégia e Planejamento, “O sucesso de uma empresa já não depende em primeiro lugar de sua capacidade de levantar capital. O sucesso depende da capacidade de aprendizado conjunto das pessoas e da geração de novas idéias”.

O autor acrescenta que “algumas empresas acharão que o sucesso passa pela contratação de estrelas excessivamente bem remuneradas; outras resistirão a esta tendência e buscarão o desempenho da equipe. As últimas têm mais chance de sucesso”.

Segundo (LEE-2010) muitos líderes de instituições de saúde sabem exatamente em que momento perceberam que seu mundo estava mudando; em geral, foi quando alguém de fora da organização começou a medir seu desempenho. Embora poucas instituições aplaudam a mudança, ela arma o palco para uma nova geração de líderes. Líderes tradicionais tentam ganhar tempo, recharcar mudanças e maximizar enquanto podem a receita sob o atual regime de pagamento. Já novos líderes se concentram em resultados e usam a mensuração do desempenho como ferramenta de motivação para organizar colegas e promover avanços.

Para (HALL-2010) na saúde, como em qualquer outro setor, é preciso incentivos financeiros para otimizar o desempenho das pessoas. Mas isso não basta. Se o incentivo estiver ligado a metas demais ou a metas muito complexas por exemplo, ou se o parâmetro de desempenho for absurdamente elevado, o efeito se perde. No pior dos casos, o médico simplesmente ignora as metas, pois o esforço para atingi-las é considerado maior que o ganho potencial.

Segundo (LEME; VESPA-2010) a implantação da avaliação e Gestão de Desempenho com foco em competências não pode ser vista como uma ferramenta ou como um mero instrumento de medição e desempenho. Esta visão simplista e equivocada tem levado muitas empresas a se decepcionarem com os resultados, a engavetar o projeto pouco tempo depois da sua implantação, a gerar descrédito e desconfiança internamente; e na quase totalidade das vezes a decepção foi fruto do descaso e da falta de alinhamento do projeto com os maiores propósitos de presente e de futuro da organização.

Para (HIPÓLITO-2001), a prática remuneratória deve ser estruturada de tal forma que reforce valores, crenças e comportamentos alinhados com as atuais demandas da organização e com seu direcionamento estratégico; que estimule a busca de aquisição e estruturação do conhecimento, bem como seu compartilhamento no contexto empresarial; que sirva de elemento interveniente na capacidade da organização de atrair e reter talentos; e, ao demonstrar coerência, que sustente o comprometimento e estimule ações que estejam de acordo com os objetivos da organização, mesmo sabendo que a prática salarial em si não funciona como elemento determinante desse comprometimento – que ocorre em esferas mais elevadas, no âmbito das necessidades das pessoas na relação que mantém com a organização – a ausência de coerência nas ações remuneratórias podem levar ao efeito oposto, ao não-comprometimento.

OBJETIVOS

Os principais objetivos deste trabalho foram:

- Fidelizar o corpo clínico
- Manter uma assistência eficaz ao paciente
- Aperfeiçoar as rotinas administrativas
- Diminuir o turn over dos médicos na empresa
- Reforçar o alinhamento entre a estratégia da empresa e seus profissionais

JUSTIFICATIVA

A escolha deste trabalho consiste na importância do assunto, por ser este objeto de estudo e discussão entre os conhecedores do setor. Na área da saúde pouco se fala sobre remuneração por desempenho e corpo clínico. Poucos estudos demonstram a relação entre esta modalidade e melhores resultados assistenciais. Apesar da enorme quantidade de políticas que remuneram por “desempenho”, disseminadas em todos os setores de uma sociedade em desenvolvimento, notamos que o médico ainda vive à margem desta realidade, sendo cobrado a motivar-se apenas pela crença que “cuidar” é seu maior desafio.

Reconhecemos que é de extrema importância o impacto destes programas na produtividade de uma empresa: estimulam profissionais, oferecem independência e proporcionam aos mesmos o desenvolvimento de suas próprias estratégias para alcance metas e resultados. Desta maneira entendemos que o setor de saúde não pode isolar-se e deve caminhar no sentido de desenvolver políticas que impulsionem as empresa e melhorem a qualidade da assistência à saúde no nosso país.

MÉTODO

Para definição dos critérios para o pagamento por desempenho levamos em consideração os seguintes aspectos:

Rotinas e processos que geram Impacto na assistência e segurança do paciente

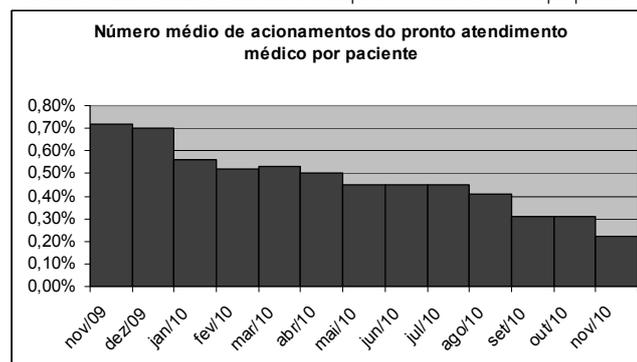
- Rotinas e processos que geram retrabalho e aumento de custo.
- Rotinas e processos que geram insatisfação dos clientes
- Reclamações de diferentes setores
- Participação em todos os eventos do Corpo Clínico;
- Percentual de acionamentos de Atendimento Pré Hospitalar
- Número de pacientes reinternados, estratificando os diferentes modelos de atendimento

A cada critério cumprido pelo médico, adicionava-se um valor dentro da remuneração mensal.

Os profissionais médicos foram identificados com uma legenda, com o objetivo de manter a privacidade dos resultados individuais, e mensalmente os resultados foram divulgados na forma de gráficos para todos os envolvidos e discutidos em reuniões do corpo clínico

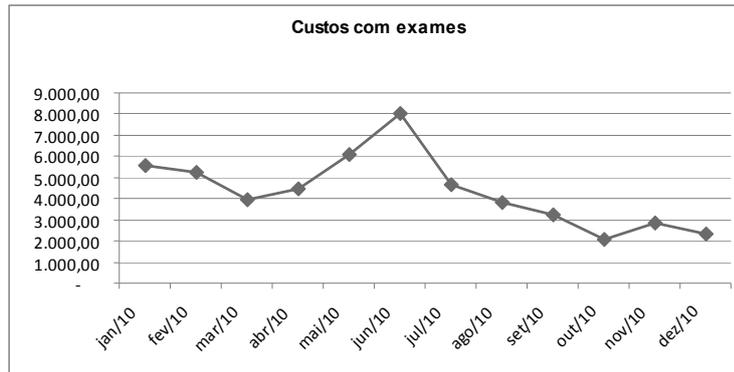
RESULTADOS

Gráfico 1: Número médio de acionamentos do pronto atendimento médico por paciente



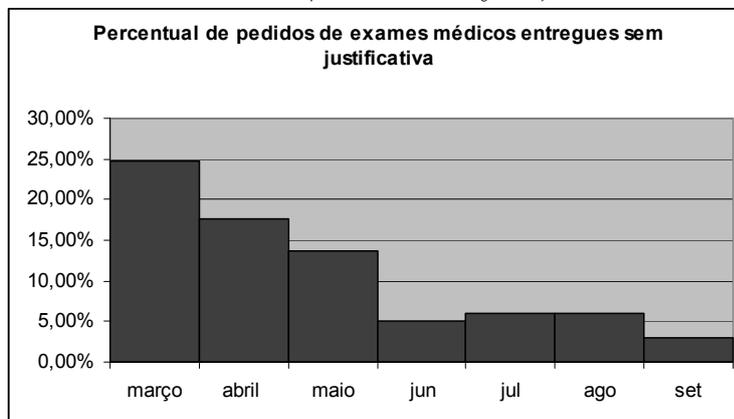
Houve uma redução no número médio de chamados no pronto atendimento médico. Deve-se isto a maior fidelização dos pacientes aos médicos visitantes, reforçando o elo básico da medicina: a relação médico paciente.

Gráfico 2: Custos com exames



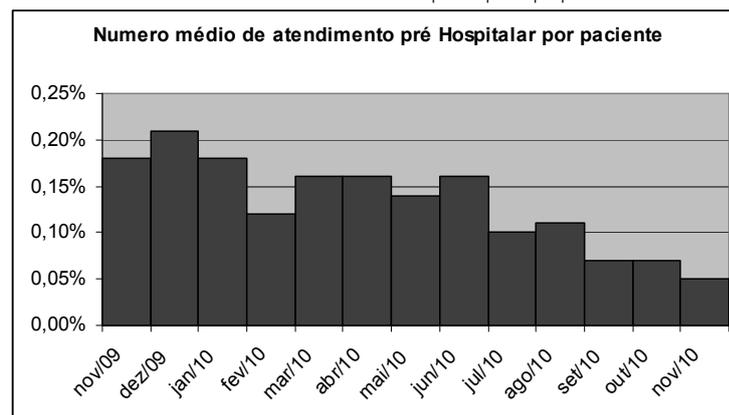
Dentre alguns indicadores de custo, nota-se a redução nas taxas de coleta para realização de exames. A redução acontece sem prejuízo à condução dos casos e condutas refletindo a conscientização da importância dos mesmos e o reforço na relação médico paciente.

Gráfico 3: Percentual de pedidos de exames entregue sem justificativa



Percebe-se uma diminuição no número de solicitações de exames sem justificativas, facilitando o processo de agendamento e reforçando o modelo de Gerenciamento de Risco (um dos pilares da empresa), onde a clínica baseada em evidências é primordial.

Gráfico 4: Numero médio de atendimento pré Hospitalar por paciente



A fidelização do profissional médico com paciente e cuidadores abre um canal direto para discussão das necessidades clínicas e detecção de possíveis intercorrências, possibilitando uma intervenção médica precoce e redução dos acionamentos de urgência e emergência médica.

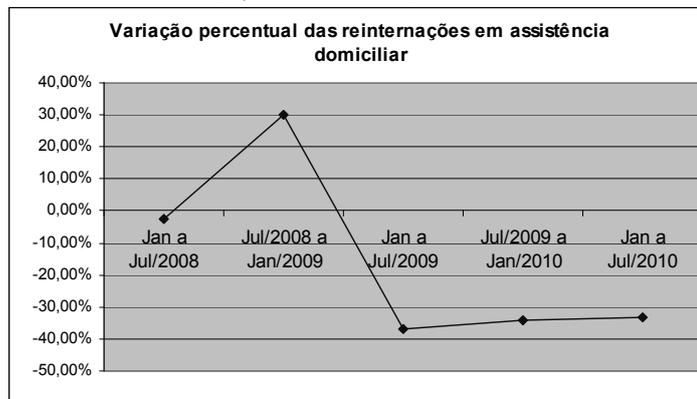
Os médicos trabalham motivados e re escrevem a história da medicina, onde a preservação da relação médico paciente é primordial para alcance de resultados assistenciais. Como indicador que norteia este processo, conceituamos a redução de reinternações, como uma melhora na assistência domiciliar.

CONCLUSÃO

O pagamento por "performance" implantado junto ao corpo clínico melhorou toda a cadeia que reflete a relação médico-paciente-cuidador, resultado este, observado através da melhora de resultados assistenciais: redução de reinternações e altas precoces. Também observamos melhora na eficiência operacional da empresa que depende essencialmente de pedidos e rotinas médicas para o andamento de outros processos. Exemplos: marcação de exames, dispensação de medicamentos, alteração de programações, definição de escalas de logística, consumo padrão de medicamentos, seguimento de protocolos de risco, qualidade na prescrição médica, qualidade na descrição da evolução dos pacientes, etc.

Em relação aos médicos observamos que o retorno a ponto de partida, o gatilho que os motiva a cuidar de pessoas, passa a ser novamente validado. Quando se sentem valorados por aquilo que mais prezam: atender, cuidar, planejar a assistência, automaticamente reduzimos o turn-over, fidelizamos o médico e apresentamos resultados de excelência. Este novo olhar para o corpo clínico traz um incremento no valor agregado dos serviços prestados pela empresa, mantendo qualidade dos nossos serviços e gerando um espaço de diferenciação.

Gráfico 5: Variação percentual das reinternações em assistência domiciliar



Referências

- CHIAVENATO, I. – Remuneração, benefícios e relações de trabalho: como reter talentos na organização / Idalberto Chiavenato. – 3 ed. – São Paulo: Atlas, 2003.
 GEUS Arie. et al. **Estratégia e Planejamento** São Paulo: Publifolha, 2002. (Coletânea HSM Management)
 HIPÓLITO, J. A. M. Administração Salarial: A remuneração por competências como diferencial competitivo. São Paulo: Atlas, 2001.
 LEME, Rogério; VESPA, Márcia. Gestão do Desempenho integrando avaliação e competências com o Balanced Scorecard. São Paulo: Qualitymark, 2009
 SCARPI, Marinho Jorge – Gestão de Clínicas Médicas / Marinho Jorge SAcarki. – São Paulo: Futura, 2004
 THOMAS H. Lee. et al. Nova ordem na saúde. Harvard Business Review – São Paulo, pág. 33 à 53, abril/2010

Indicadores Assistenciais

P_94_2011 - A importância da Santa Casa de Suzano na redução da mortalidade infantil municipal

Marco Antonio Grandini Izzo, Maria do Carmo Rodrigues dos Santos Camis

Resumo: A presente análise, realizada com o objetivo de comparar as ações ofertadas pela Santa Casa de Misericórdia de Suzano, antes e após a intervenção, utilizando como parâmetro a portaria nº 1067 de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, que instituiu a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, teve como resultado um percentual de cumprimento de diretrizes e critérios de implantação de ações e procedimentos bem mais elevado no período pós intervenção, podendo se concluir que as ações implantadas resultaram na melhora dos indicadores de mortalidade infantil hospitalares, efeito desejado no planejamento estratégico realizado.

Palavras-chave: mortalidade infantil; atenção obstétrica e neonatal;

INTRODUÇÃO

A Saúde da Mulher e da Criança tem sido objeto de atenção especial do Sistema Único de Saúde (SUS), que com diretrizes claras de implantação de serviços de atenção ao pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido (RN), apresentaram avanço significativo nas últimas décadas. A linha de cuidado integral foi enfatizada nesta área programática, inclusive com orientação e incentivo para que se intensificasse a integração dos serviços de baixa e média complexidade.

Sem que se desvalorize a importância dos determinantes sociais na composição das taxas de mortalidade infantil e materna em todo o País, o aspecto cultural dos modelos de atenção influencia diretamente nos resultados desta atenção, sendo fundamental observar que os resultados desses importantes indicadores estão vinculados à forma de como se organiza regionalmente a assistência materno-infantil, especialmente no que diz respeito à média complexidade.

Em 2009, na comparação dos indicadores de mortalidade infantil nos municípios do Alto Tietê com os do Estado de São Paulo e da cidade de São Paulo, observa-se que apresentam uma diferença significativa no desempenho, refletindo a qualidade regional da assistência materno-infantil. Com exceção de Guarulhos, as cidades médias do Alto Tietê mantêm uma taxa de mortalidade em torno de 16/mil nascidos vivos (NV), bem acima da taxa do Estado de São Paulo, que é de 12,5/mil NV e da Grande São Paulo, que apresenta taxa de 12,3/mil NV.

Verifica-se também, que a principal causa de mortalidade infantil nesta faixa etária está relacionada a afecções do período perinatal, dado importante para melhor interpretação dos indicadores, representando no Alto Tietê praticamente 60% dos óbitos. Isto reflete a qualidade de atenção durante o último mês de gravidez e da atenção ao parto e ao recém-nascido.

A portaria ministerial número 1.067 de 4 de julho de 2005, que institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal, estimula o aprimoramento do sistema de atenção orientando as medidas a serem adotadas para organizá-la e qualificá-la.

OBJETIVO

Este trabalho se propõe a realizar uma análise comparativa das ações ofertadas pela Santa Casa de Suzano, antes e após a intervenção, utilizando como parâmetro a portaria nº 1067 de 4 de julho de 2005 do Ministério da Saúde, que instituiu a política nacional de atenção obstétrica e neonatal.

JUSTIFICATIVA

Suzano é uma cidade de médio porte, localizada na Grande São Paulo, pertencente à região do Alto Tietê que engloba 11 municípios. Possui aproximadamente 300 mil habitantes e apresenta uma rede de serviços de saúde na atenção básica representada por 18 Unidades Básicas de Saúde, sendo 20% delas Unidades de Saúde da Família, um Ambulatório de Especialidades, dois Centros de Atenção Psicossocial, um SAE-CTA, entre outros serviços, e na média complexidade possui um hospital filantrópico, a Santa Casa de Misericórdia da cidade, como única unidade hospitalar pública do município.

A Santa Casa de Suzano é um hospital com 119 leitos, predominantemente leitos obstétricos, 35% do total, atendendo também pacientes em média complexidade nas áreas de clínica médica e clínica cirúrgica, sendo que o atendimento de pediatria se restringe ao berçário.

Até 2007 realizava apenas partos de baixo risco, obrigando o encaminhamento da maior parcela dos RN de risco para a referência regional. Durante os anos de 2008 e 2009, o hospital apresentou altas taxas de mortalidade infantil neonatal: 11,6/mil NV em 2008 e 16,3/mil NV em 2009, que colaborou para a elevação das taxas de mortalidade infantil do município, que ficaram em 17,6/mil NV e 17,1/mil NV respectivamente.

Como a maioria dos hospitais filantrópicos, a Santa Casa de Suzano também apresentava problemas na sua organização. A dificuldade no desenvolvimento de uma assistência de qualidade refletiu na piora dos indicadores hospitalares de mortalidade infantil nos últimos anos, tendo então sido decretada, em agosto de 2009, uma intervenção pelo Poder Público Municipal, por recomendação do Ministério Público.

METODOLOGIA

Na análise inicial foram comparados os princípios e diretrizes I, III, IV, VI e VIII do Artigo 2º da portaria, que dizem respeito ao atendimento hospitalar, cujos resultados estão apresentados na tabela abaixo (Tabela 1):

Tabela 1

Princípios / Diretrizes	Anterior intervenção	Posterior intervenção
I - Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;	Todo processo de trabalho de parto era acompanhado apenas por Enfermeira obstetra. Apenas um médico no plantão para realização de cesáreas, urgência/emergência obstétricas e intervenção em abortamentos.	Manutenção de uma equipe mínima de dois médicos obstetras/dia, para atendimento à urgência/emergência obstétrica, realização de cesáreas, intervenção em abortamentos e acompanhamento do processo de trabalho de parto. Contratação de número mínimo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, respeitando os parâmetros desta mesma portaria.
III - Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;	Não existia visita antecipada e somente estava garantido o acesso por referências regionais e não pelo hospital.	Implantação do Programa Aconchego: parceria com a Secretaria de Saúde, onde as gestantes da rede básica, no início do 3º trimestre, são agendadas para participarem de uma ação educativa, no hospital, com os profissionais envolvidos na atenção ao parto: Obstetra, Anestesiologista, Neonatologista, Obstetrix, Enfermeira, Assistente Social, Psicólogo, Fonoaudióloga, Nutricionista e Fisioterapeuta. As gestantes recebem um kit e fazem uma visita para conhecerem o local do parto.
IV - Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;	Não existia protocolo de parto humanizado e nem profissionais capacitados para esse atendimento. Recursos humanos insuficiente. Aproximadamente 11 enfermeiros para 119 leitos, que cobriam todo o hospital: UTI adulto, enfermarias, berçário, maternidade e centro cirúrgico. Conforme o plantão eram dois enfermeiros para todo o hospital. Na área médica, também a precariedade existia. Não era garantida a atenção ao puerpério, não existindo referência para a rede básica.	Implantação do protocolo de Assistência ao Parto que atende a todas as recomendações da política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Garantia de recursos humanos, físicos materiais e técnicos necessários a assistência ao parto, e ao RN e à atenção puerperal: equipe médica e de enfermagem composta através de parâmetros de qualidade de atendimento; aquisição de equipamentos e profissionais habilitados para garantir diagnóstico adequado (aparelho de ultrassonografia, para UTI neonatal, triagem auditiva entre outros, garantia do exame do reflexo vermelho). Implantação de protocolo para garantia da consulta de puerpério na Unidade Básica de Saúde, com consulta agendada pelo hospital. Consulta de retorno ao hospital, de sete a dez dias, para pacientes submetidas a cesárea.
V - Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;	Neonatalogistas, em número insuficiente (apenas 2 profissionais respondendo 24 horas do dia durante toda a semana), não atuavam na sala de parto apenas no berçário no atendimento a crianças mais graves. O RN era recebido na sala de parto por uma enfermeira do berçário, sem treinamento para esta ação. Todos os RN eram encaminhados para o berçário e não recebiam aleitamento materno. Não era garantida a primeira consulta do RN, não existindo referência para a rede básica.	Contratação de equipe de Neonatalogistas, mínimo dois médicos/dia, para atenção ao berçário e à sala de parto. Os profissionais contratados já atendiam as exigências para o futuro credenciamento da UTI neonatal. Implantação de protocolo de Assistência ao RN que atende a todas as recomendações da política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Implantação de protocolo para garantia da consulta do RN, especialmente o de risco, na Unidade Básica de Saúde, com consulta agendada pelo hospital.
VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;	Urgência obstétrica condicionada a gestantes em trabalho de parto com mais de 28ª semana de gestação, com triagem realizada por uma enfermeira obstetra. As gestantes com menos de 28ª semana eram encaminhadas ao Pronto-Socorro Municipal, sendo atendida por um médico clínico ou cirurgião.	Garantia de atendimento de toda e qualquer intercorrências e em qualquer período da gestação. Garantido também o atendimento das urgências ginecológicas.
VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05;	Não era permitida a presença de acompanhante, justificando estrutura física inadequada no pré-parto, sem justificativas no parto e no pós-parto.	Após sensibilização dos profissionais, a Santa Casa tem atualmente cerca de 10% de partos realizados com presença de acompanhante no pré-parto, parto e pós parto imediato. Atualmente a justificativa para a forte resistência de profissionais são as condições de risco de nascimento do bebê.

Posteriormente a esta análise, foi feita uma comparação sobre a existência de uma rede de serviços organizada da atenção obstétrica e neonatal, analisando os critérios para caracterização dos mecanismos de referência e contra-referência, constantes no ANEXO 1 da portaria ministerial.

Dos 11 critérios, apenas cinco estão relacionados com a assistência hospitalar. Anterior a intervenção, nenhum deles era cumprido e com a intervenção todos os critérios são cumpridos, inclusive tendo sido constituída uma rede integrada de serviços, com contratação de profissionais para formar equipe do Projeto Terapêutico Singular, que promove o cuidado dentro de uma visão holística de atenção a mulher e ao RN, projetando a linha do cuidado para além dos muros do HOSPITAL. Esta equipe mantém contato com os profissionais da rede básica, além de outras instituições como Segurança Alimentar, Pastorais da Saúde e da Criança, Serviços de Assistência Social, assim como relação com o Conselho Tutelar.

Dentre as ações e procedimentos da atenção ao parto e da atenção ao RN, apresentados no ANEXO 1 da portaria ministerial, foram analisadas, comparativamente, somente as ações onde havia diferença na atuação, pois as demais não apresentavam divergência em sua efetivação. A seguir apresentamos as comparações (Tabela 2 e Tabela 3):

Tabela 2

Ações/procedimentos Atenção ao parto	Anterior intervenção	Após intervenção
Desenvolver atividades educativas visando a preparação das gestantes para o parto, amamentação do RN e contracepção pós-parto	Ação não realizada pelo hospital	Ação educativa, realizada na palestra do 3º trimestre de gestação, no hospital, bem como durante a estadia no pré-parto e pós-parto pela equipe do Projeto Terapêutico Singular.
Garantir a visita do pai ou de familiares sem restrição de horário	Visita restrita a 30 minutos no período da tarde	Introduzida a visita aberta no hospital, com horário ampliado: das 11 às 20:00 horas diariamente.
Garantia do direito a acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, segundo demanda da mulher.	Não havia garantia	Esforço para cumprimento da lei. Hoje 10% das mulheres em atenção ao pré-parto, parto e pós-parto tem garantido este direito.
Garantir o apoio diagnóstico necessário	Não havia garantia de apoio diagnóstico necessário	Todo apoio é garantido, exceto aos finais de semana para o ultrassom.
Acompanhar as mulheres em trabalho de parto com monitoramento e promoção do bem-estar físico e emocional da mulher,	Não era garantido o monitoramento e promoção do bem-estar físico e emocional da mulher. Não havia analgesia ao pré-parto e parto.	A equipe do Projeto Terapêutico Singular atua nesta área. Também foi introduzida a analgesia ao parto por anestesistas, conforme protocolo.
Prestar assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto;	Não era garantido o preenchimento do partograma, não executava procedimentos pré-anestésicos e anestésicos quando pertinentes e não havia protocolo de restrição ao uso de episiotomia e não se garantia a presença do pediatra na sala de parto. Uma das características principais da organização anterior era o retardo freqüente de avaliação de distócias no pré-parto, o que, por diversas vezes, promovia uma piora no estado de sofrimento fetal por ocasião do parto, muitas vezes evoluindo para o óbito. Nas gestantes onde a indicação cirúrgica, por distócia, estava presente, causava danos irreparáveis à vitalidade fetal pela demora do atendimento.	Garantido o partograma, realizada analgesia quando indicado. Há indicadores de acompanhamento de uso de episiotomia e está garantida a presença do pediatra na sala de parto em 100% dos partos Garantia da presença de profissional médico para definição de resolutividade cirúrgica imediata, em caso de distócia.

No que diz respeito às ações e procedimentos da atenção ao RN apresentados no ANEXO 1, as comparações são (Tabela 3):

Tabela 3

Ações/procedimentos Atenção ao RN	Anterior intervenção	Após a intervenção
Inicia-se o momento da interação mãe-filho, estimulando a aproximação e contato pele a pele, além de permitir e estimular a amamentação na primeira meia hora após o parto.	Esta ação não existia. RN era separado da mãe imediatamente após o parto e permanecia em observação no berçário. Introduzia-se aleitamento artificial	Cumprido este princípio inclusive com o estímulo ao aleitamento materno na primeira meia hora. Mãe e filho dirigem-se ao alojamento conjunto após a saída da sala de parto ou cesárea.
Realização da credezação:	Realizada a credezação com medicação inadequada	Realizada a credezação, conforme protocolo, com solução de nitrato de prata a 1% em ambos os olhos.
Estabelecer a permeabilidade das vias aéreas	Não havia profissional habilitado para esta ação.	Neonatologista presente a sala de parto.
Profissionais da área médica e de enfermagem devem ser capacitados a fim de avaliar o quadro clínico do RN e tomar medidas imediatamente.	Não havia capacitação de profissionais	Realizada regularmente pelo menos uma vez ao ano, a capacitação com profissional credenciado junto a sociedade brasileira de pediatria. Capacitação de médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.
Administrar condutas para a reanimação	Não realizada	Equipe treinada e habilitada com Neonatologista presente na sala de parto.
Proceder a intubação antes da aspiração	Anestesiologista de plantão produzia esta ação nos momentos críticos. Em outros momentos a criança era transportada até o berçário, distante do centro obstétrico, para realizar a reanimação.	Protocolo cumprido. Equipe treinada e presença de pediatra na sala de parto.
Garantir a presença de acompanhante ao RN quando esse necessitar de internação	Não era permitida.	Procedimento garantido de acompanhante do RN.
Garantir que o RN saudável siga com a mãe para o alojamento conjunto, quando da saída da sala de parto (não se deve utilizar berçário de observação)	RN era encaminhado ao berçário de observação, isolado da mãe.	Procedimento garantido, mãe e criança quando da saída da sala de parto são encaminhados juntos ao alojamento conjunto.
Garantir a assistência ao RN com bases no manual de assistência ao RN do Ministério da Saúde.	Não havia garantia	Cumprido todos os protocolos da portaria de assistência ao RN do MS.
Garantir a abertura e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança na maternidade	Não era garantido o preenchimento integral	Garantido e preenchimento adequado da Caderneta
Garantir o alojamento conjunto desde o nascimento, favorecendo a relação precoce mãe/bebê	Não havia alojamento conjunto	Introduzido alojamento conjunto precoce

RESULTADO

Ao final das análises podemos afirmar que com relação à política nacional de atenção ao parto e ao recém-nascido, portaria 1067 do MS, três das diretrizes são cumpridas integralmente após a intervenção, a I, III e IV e já atende parcialmente outras três, V, VI e VIII, sendo que no período anterior não se cumpriam nenhuma delas.

Apuramos também que dos critérios que caracterizam a existência de uma rede de serviços organizada da atenção obstétrica e neonatal, a gestão anterior não cumpria sequer um deles e após a intervenção podemos dizer que a atenção oferecida faz parte de uma rede integrada de serviços.

Quanto às ações e procedimentos da atenção ao parto e ao RN, elencados no ANEXO 1 da portaria, as comparações apontam a enorme diferença existente entre os períodos analisados, com cumprimento de aproximadamente 10% antes da intervenção, sendo que esse percentual atinge 90% no período posterior.

Para que fosse realizado o monitoramento das ações, foram constituídos, através do departamento de informação em saúde e do SAME do hospital, indicadores quantitativos e qualitativos, abaixo relacionados (Tabela 4 e 5):

Tabela 4

Indicador Quantitativo	2009	2010
Número de partos realizados	3032	3475
Numero de partos cesárea realizados	1501	1610
Número de recém nascidos de baixo peso (menor de 2.500 gramas)	165	266
Número de óbitos nascidos mortos	42	29
Número de óbitos de recém nascidos até 6 dias de vida	43	22
Número de óbitos de RN de mais de zero dias até 11 meses e 29 dias (< 1 ano)	49	28
Número de nascidos vivos	2989	3446

Tabela 5

Indicador Qualitativo	2009	2010
Taxa de cesáreas	49,50%	46,30%
Taxa de mortalidade perinatal	28,2	14,6
Taxa de mortalidade neonatal precoce	14,4	6,4
Taxa de mortalidade infantil (< 1 ano)	16,3	8,1

Atualmente os indicadores do hospital são mais criteriosos que os apresentados, entretanto, a indisponibilidade de dados anteriores, impossibilitou a utilização dos mesmos na análise comparativa.

CONCLUSÃO

O cumprimento das diretrizes da política nacional de atenção obstétrica e neonatal teve como reflexo a melhora dos indicadores de mortalidade infantil hospitalar, que anterior à intervenção na Santa Casa de Suzano não eram atendidos na sua íntegra, com indicadores hospitalares de 16,3/mil NV em 2009, tendo uma redução de 50,3 pontos percentuais, indo para 8,1/mil NV em 2010, quando a instituição passou a realizar as ações propostas pela portaria. Portanto, o sucesso do planejamento estratégico realizado, que teve como eixo norteador a portaria ministerial de julho de 2005, proporcionou uma assistência hospitalar de qualidade.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.067/GM. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, jul-2005.

Qualidade e Segurança

P_95_2011 - Análise de Erros de Medicação Ocorridos em um Hospital Privado da Serra Gaúcha

Fabiano de Faveri, Fernanda Dutra de Mendonça, Diego Gnatta, Cíntia Rech Brando

Resumo: Trata-se de um estudo descritivo exploratório retrospectivo realizado no período de janeiro de 2009 a agosto de 2010 abrangendo 371 fichas de notificações de erros de medicação com o objetivo de analisar a prevalência dos erros de medicação de um hospital. Os tipos de erros com maior frequência foram: omissão em 182 (49,0%) notificações, dose errada em 68 (18,3%) e medicamento errado em 47 (12,7%). Com a abordagem sistêmica dos erros de medicação é possível implementar melhorias, diminuindo, assim, a ocorrência desses eventos e por consequência aumentando a segurança do paciente e uso de recursos financeiros desnecessários.

Descritores: Erros de medicação, tipos de erros, administração de medicamentos.

INTRODUÇÃO:

Sabe-se que erros de medicação são definidos como: “qualquer evento previsível que pode ser causado ou surgir do uso inconveniente ou falta de uma medicação ou causar prejuízo (dano ou injúria) ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais da saúde, pacientes ou consumidores. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado à saúde, procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da prescrição, rótulo do produto, embalagem e nomenclatura, à composição, à distribuição, à administração, à educação dos profissionais, à supervisão e ao uso”.¹⁴

Observa-se que cerca de 30% dos danos durante a hospitalização estão associados a erros na medicação, os quais trazem também, sérias consequências econômicas às instituições de saúde. O custo anual de morbidade e mortalidade referente a erros na medicação nos EUA tem sido estimado em torno de US\$ 76,6 bilhões.¹² No entanto, as repercussões para os pacientes são as mais preocupantes, uma vez que podem agravar suas condições clínicas e causar injúrias temporárias, permanentes e até a morte.¹⁵ Dentro de unidades hospitalares é provável que muitos erros de medicação não sejam detectados, porém, alguns erros podem provocar consequências graves e por isso devem ser estabelecidos sistemas eficazes de prescrição, dispensação e administração de medicamentos para sua prevenção.²

O presente estudo teve por objetivo analisar os erros de medicação a partir da documentação desses erros em uma instituição hospitalar privada onde se estabeleceu um sistema de registro dos mesmos através de fichas de notificações.

MÉTODOS:

Trata-se de um estudo descritivo exploratório por meio do levantamento retrospectivo de dados para identificar os erros de medicação descritos na ficha de Notificação de Erros de Medicamentos (NEM) de uma instituição hospitalar privada na cidade de Caxias do Sul, com 144 leitos. A amostra analisada foi baseada nas notificações preenchidas no período de janeiro de 2009 a agosto de 2010, sendo analisadas fichas de pacientes adultos e pediátricos com as mais variadas patologias.

Os dados foram digitados, revistos e desenvolvidos no programa SPSS 14.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Serão utilizadas as estatísticas de frequências. As variáveis foram expressas em número absoluto e porcentagens. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional em 05 de outubro de 2010, sob número 77.

RESULTADOS:

O preenchimento das NEM foi realizado pelo enfermeiro responsável de cada setor de internação, sendo encaminhadas à Comissão de Gerenciamento de Riscos, onde são analisadas, armazenadas e servem de informação para a elaboração de indicadores e adoção de medidas preventivas para a instituição. A ficha de NEM considera a unidade de internação, o registro do paciente, o turno de ocorrência da notificação, a descrição da não-conformidade, o horário de ocorrência, o tipo de erro, nome do medicamento, a consequência para o paciente, a evolução do paciente e quais medidas foram adotadas no momento da ocorrência. Durante o período de janeiro de 2009 a agosto de 2010 foram preenchidas 371 fichas de NEM.

A prevalência de erros se mostrou diferenciada nos diversos setores de internação (Tabela 1). O setor de internação 300, destinado a internação cirúrgico-traumatológica, foi o que mais apresentou notificações de erros de medicamentos, representando um total de 22,4%, seguido dos setores 200 e 350, com 16,2% e 14,3% respectivamente.

Tabela 1. Distribuição das ocorrências de erros de medicação por setor de internação do hospital.

Setor de internação	n	%
UTI adulto	52	14,0
UTI neo-pediátrica	22	5,9
Pronto Atendimento	9	2,4
Sala Recuperação Anestésica	4	1,1
Setor 200 (Unidade Clínica)	60	16,2
Setor 250 (Unidade Clínica)	48	12,9
Setor 300 (Unidade Cirúrgica)	83	22,4
Setor 350 (Unidade Cirúrgica)	53	14,3
Setor 400 (Unidade Pediátrica)	21	5,7
Setor 450 (Unidade Gineco-obstétrica)	19	5,1
Total	371	100,0

Fonte: Notificações de Erro de Medicação.

Em relação à UTI adulto e neo-pediátrica pode-se observar que a adulto apresentou 30 (8,1%) notificações a mais que a pediátrica, isto pode ser explicado por diversas razões, entre elas a de possuir maior complexidade dos pacientes, maior número de pacientes internados e também maior número de medicamentos utilizados durante o período analisado. A sala de recuperação (SARE), destinada a recuperação dos pacientes do pós-operatório, foi o setor que apresentou menos notificações de erro de medicação, em um total de 4 (1,1%). Nos setores de pronto atendimento e ambulatório, 400 e 450, as notificações de erros de medicação foram menos frequentes e representaram um total de 13,2%.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos vários tipos de erros de medicação ocorridos. Mostra que o tipo de erro mais freqüente foi omissão de dose(s) (49,0%), seguido de dose errada (18,3%), medicamento errado (12,7%) e horário errado (8,9%). Os demais erros de medicação ocorridos na instituição no período representam um total de 11,1%.

Tabela 2. Distribuição dos tipos de erros de medicação identificados

Tipo de erro	n	%
Medicamento errado	47	12,7
Horário errado	33	8,9
Omissão	182	49,0
Erro de preparo, diluição	15	4,0
Dose errada	68	18,3
Monitoramento	1	0,3
Erro de via	8	2,2
Paciente errado	14	3,8
Outro	3	0,8
Total	371	100,0

Fonte: Notificações de Erro de Medicação.

Em relação ao turno de acontecimento do erro de medicamento, observa-se que o turno diurno (manhã e tarde) foi o mais prevalente (56,6%). No período noturno ocorreram 41,2% dos erros. Foram comuns a ambos os turnos a ocorrência de 2,2% de erros, sendo esta situação preocupante, pois o erro de medicação perdurou por mais de 24 horas sem ser resolvido ou mesmo notado pelos profissionais envolvidos.

Quanto à classe terapêutica envolvida no erro (figura 3), pode-se perceber que os fármacos utilizados para tratar doenças do sistema cardiovascular (19,9%) e os antimicrobianos (19,7%) são os que mais causaram erros de medicação. Essas duas classes envolvem medicamentos amplamente prescritos no âmbito hospitalar.

Quanto aos desfechos clínicos, das 371 notificações, em 327 (88,1%) não foram relatados danos aos pacientes, 40 (10,8%) não causaram danos, mas necessitaram de monitoramento após o erro e 4 notificações (1,1%) necessitaram de intervenção.

DISCUSSÃO:

Considerando os erros de medicação quanto ao tipo, do total das 371 notificações, foram encontrados 49% de erros por omissão de dose(s), seguidos de 18,3% por dose errada, 12,7% medicamento errado e 8,9% de horário errado.

A presente investigação revelou uma alta prevalência de erros de medicação por omissão, observando-se que mesmos podem ter ocorridos por esquecimento, falta de atenção, erro de aprazamento da prescrição e alteração dos horários prescritos. O erro de omissão é significativo para o paciente e alguns fatores se evidenciam para que ele ocorra: excesso de pacientes, excesso de medicamentos, número de profissionais insuficiente, medicação não disponível quando necessário, paciente ausente do leito no momento da administração, transferência de leito ou até mesmo o esquecimento.⁹ A importância de se seguir rigorosamente os intervalos de tempo entre as doses administradas está relacionada aos eventos farmacocinéticos e à farmacodinâmica que fundamentam a necessidade da dosagem seguir uma certa seqüência no tempo, para que a ação do medicamento seja mantida.¹²

Quanto ao horário em que ocorreram os erros de medicação, verificou-se uma distribuição maior no período diurno (56,6%) em relação ao período noturno (41,2%). As diferenças entre os períodos diurno e noturno talvez se justifiquem pelo excesso de atividades realizadas durante o dia, acarretando ao profissional de enfermagem acúmulo de atividades com conseqüente cansaço e desatenção.

Foi observado que a maioria dos erros envolvem fármacos utilizados para o tratamento de doenças do sistema cardiovascular, representando 19,9% e em seguida estão os antimicrobianos com 19,7% de erros. Devido ao significativo número de pacientes apresentarem patologias relacionadas com o sistema cardiovascular e a variedade de fármacos utilizadas para o tratamento dessas doenças, muitos erros de medicação ocorreram com esta classe de medicamentos.

Da mesma forma encontram-se os antibióticos que estão entre os medicamentos mais prescritos em hospitais, sendo responsáveis por 20% a 50% dos gastos com medicamentos. Estima-se que seu uso seja inapropriado em cerca de 50% dos casos e vários estudos apontam os antibióticos como um dos grupos medicamentosos que mais causam eventos adversos, tanto por erro de medicação como por reação adversa.¹¹ O uso inadequado dos antimicrobianos acaba por gerar resistência microbiana, decorrente da capacidade infinita de muitos microrganismos desenvolverem mecanismos de defesa. O uso racional, a escolha correta e a adesão ao tratamento podem minimizar o problema da resistência aos antimicrobianos. Por isso é de extrema importância o estabelecimento de um protocolo de tratamento que seja cumprido corretamente para que sua eficiência seja alcançada.⁵

Os erros de medicação podem causar desfechos indesejáveis para os pacientes, aumentar os custos hospitalares e gerar repercussões entre os profissionais envolvidos.¹⁶ Desta forma, 327 (88,1%) erros de medicação não causaram danos aos pacientes, 40 (10,8%) necessitaram de monitoramento e apenas 4 casos (1,1%) necessitaram de intervenção.

CONCLUSÃO

O sistema de notificação como meio de detecção de erros e eventos adversos tem se configurado de extrema importância, por permitir um relato detalhado das circunstâncias que envolvem o evento pelos profissionais diretamente envolvidos na atividade em questão.⁴, sendo que a preocupação com os erros de medicação é cada vez maior, devido ao alto número de ocorrências e altas taxas de morbidade e mortalidade em pacientes hospitalizados, além do impacto econômico que esta situação causa nas instituições de saúde.¹³

Os erros de medicação também podem estar relacionados a alguns fatores, como por exemplo: deficiências na formação acadêmica, inexperiência, negligência, desatenção ou desatualização quanto aos avanços tecnológicos e científicos; manejo de equipamentos, como bombas de infusão, cateteres entre outros; manutenção preventiva dos equipamentos, por meio de calibrações e procedimentos desenvolvidos como um todo.¹⁸

De fato, o sistema de medicação tem início com a prescrição médica e uma falha nessa etapa pode refletir-se, direta ou indiretamente, em problemas nas fases subsequentes, aumentando as estatísticas de erros de medicação e afetando a segurança do paciente. A implantação da prescrição eletrônica é uma forma de modernizar, simplificar e tornar o sistema de medicação mais seguro. Em parte, porque elimina a questão da ilegitimidade, reduzindo os erros e promovendo maior segurança.¹⁹ Entretanto, é um sistema caro, mesmo para os padrões internacionais e, assim, nem todas as instituições podem contar com a sua implementação.³ Nesse caso, algumas providências podem ser padronizadas na instituição como por exemplo, evitar o uso de abreviações, utilizar letra clara e legível e não misturar nas prescrições nomes genéricos e comerciais de medicamentos.

Outra medida que pode ser adotada no intuito de reduzir os erros de medicação é a maior atuação do farmacêutico nos processos que envolvem a dispensação dos medicamentos e materiais, isto para garantir que os erros não sejam introduzidos nesta etapa. Antes da dispensação, o farmacêutico deve avaliar a prescrição ou mesmo rever a transcrição e ainda, se houver qualquer dúvida, o médico deve ser consultado antes da dispensação. O enfermeiro também tem um papel fundamental neste processo, por estar envolvido diretamente com o paciente. Apresenta condições para prevenir, detectar e registrar os erros. Geralmente ele é a ponta final da tríade (médico, farmacêutico, enfermeiro) do processo do uso do medicamento, possuindo grande importância na redução dos riscos de erros.⁹

Frente às considerações expostas fica a tarefa de encontrarmos alternativas que sejam satisfatórias quanto à eliminação e/ou redução da ocorrência dos erros de medicação. Algumas medidas são mais trabalhosas e teriam um custo maior para a instituição, no entanto, pode-se sugerir: implantação de prescrição eletrônica dos medicamentos, revisão do número do quadro de funcionários dos setores que apresentaram maior incidência de erros, implantação de um sistema de dispensação de medicamentos por horários, realização de checagem dos medicamentos no momento da entrega nos setores e treinamento contínuo dos funcionários envolvidos.

Os resultados evidenciam a necessidade da constante avaliação e monitoramento das notificações dos erros de medicação, garantindo a prevenção dos mesmos, maior segurança e sucesso na terapêutica do paciente.

Referências

- Anacleto TA, Perini IE, Rosa BM, Cesar CC. Medication errors and drug-dispensing systems in the hospital pharmacy. *Clinics*. 2005; 60(4): 325-32.
- Anacleto TA, Perini IE, Rosa MB. Prevenindo erros de dispensação em farmácias hospitalares. *Infarma*. 2006; 18(7/8): 32-36.
- Bates DW. Improving medication safety across institutions. *J Qual Improvem*. 2000; 26(6): 319-20.
- Beleda ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(3):257-63.
- Fuchs, FD. Princípios gerais do uso de antimicrobianos. In: Fuchs, FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. *Farmacologia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 342-359.
- Ishitani LH, Franco GC, Perpetuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(4):684-91.
- Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Sebba WK, et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. *Arq Bras Cardiol* 2007; 88(4): 452-57.
- Kawano DF, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? *Rev Bras Ciênc Farm*. 2006; 42(4): 487-95.
- Kuhner DO, Oliveira AM. Erros de medicamentos. *Gestão farmacêutica- Atividade lucrativa para o hospital*. 2010; 3: 4-24.
- Leape LL, Cullen DJ, Clapp MD, Burdick E, Demonaco HJ, Erickson JI. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit. *J. Am. Med. Assoc*. 1999; 282: 267-70.
- Mazzeo F, Capuano A, Avolio A, Filipelli A, Rossi F. Hospital- based intensive monitoring of antibiotic- induced adverse events in a university hospital. *Pharmacol Res*. 2004; 51(3):269-74.
- Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHB, SILVA AEBC, Fakh FT. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev Escola Enfermagem – USP*. 2006; 40(4): 524-32.
- Miasso AL, Oliveira RC, Silva AE, Junior DPL, Gimenes FRE, Fakh FT, et al. Prescription errors in Brazilian hospitals: a multi-centre exploratory survey. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(2): 313-20.
- National Coordinating Council For Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP. Taxonomy of medication errors, 1998. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/public/aboutmederror.html>. Acesso em 12 out.2010.
- Padilha KG, Secoli SR. Erros na administração de medicamentos. *Prat.Hosp*. 2002; 4(19):24-9.
- Rodrigues MCS, Oliveira LC. Erros na administração de antibióticos em unidade de terapia intensiva de hospital de ensino. *Rev Eletr Enfermagem*. 2010;12(3):511-19.
- Rosa MB, Perini E, Anacleto TA, Neiva HM, Bogutchi T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):490-98.
- Silva AEBC, Cassiani SLB. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na administração. *Ver Eletr Enfermagem*. 2004; 06(02): 279-85.
- Wright K. Unsupervised medication administration by nursing students. *Nursing Standard*. 2005; 19(39):49-54.

Indicadores Assistenciais

P_97_2011 - Análise de um Programa de Assistência Domiciliar de um hospital de ensino sob a ótica de cuidadores

Luis Antonio Francisquetti, Elisabete Finzch Sportello, Daisy Maria Rizatto Tronchin, Marta Maria Melleiro

Resumo: Objetivo: verificar a satisfação do cuidador de usuários do Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Método:** participaram 37 sujeitos. A coleta de dados ocorreu de julho a agosto de 2010 e a análise deu-se segundo a estatística descritiva. O Alpha de Cronbach do questionário foi 0,92. **Resultados:** relativo ao grau totalmente satisfeito, na dimensão de estrutura 86,5% referiram os aspectos organizacionais; na de processo 78,4% apontaram a atuação dos profissionais e na de resultado 83,8% citaram a privacidade e os efeitos dos cuidados recebidos. **Conclusão:** Houve correlação estatisticamente significativa entre as três dimensões.

Descritores: Assistência domiciliar, Satisfação de usuários, Enfermagem

Introdução

A satisfação de usuários no setor saúde é constituída pela percepção frente a um produto, a decisão da experiência de compra e consumo, ao desempenho de um dado atributo ou aos serviços prestados por uma instituição.

A percepção é conceituada como um processo pelo qual as pessoas organizam e interpretam suas impressões sensoriais, com o intuito de dar sentido ao ambiente onde estão inseridas e sua importância reside no fato de que o comportamento das pessoas baseia-se na percepção dessa realidade (Robbins, 2002). Ainda, para esse autor, inúmeros fatores concorrem para moldar ou distorcer a percepção, os quais podem concentrar-se no **observador** como as atitudes ou motivações e as expectativas; no **objeto** ou alvo da percepção representado pelo cenário, proximidade, movimentos, sons e, finalmente, no contexto da **situação** constituído pelo ambiente de trabalho ou social.

O conceito de satisfação é multidimensional, uma vez que engloba inúmeros fatores como o modo de viver, as experiências adquiridas, as expectativas e os valores, tanto para o indivíduo como para a sociedade. No trabalho é vista como uma atitude que guarda estreita relação com os fatores de desempenho.

A satisfação do usuário é caracterizada como uma avaliação de resultados, estando associada à efetividade do cuidado ou a um ganho específico de um determinado tipo de intervenção (Donabedian, 1984).

No setor público, a avaliação realizada sob a ótica dos usuários envolve uma interação mais complexa de elementos, incluindo os que influenciam as percepções sobre os serviços. O sentimento de gratidão, muitas vezes, se sobrepõe a uma visão mais crítica do atendimento. Desse modo, os usuários evitariam criticar os serviços tanto pelo medo de perder o acesso como pela relação de dependência que mantêm com os profissionais de saúde (Vaistsman e Andrade, 2005).

Donabedian (1992) relata que a qualidade da assistência não se constitui num atributo abstrato e é construída pela avaliação assistencial abrangendo a análise dos componentes de estrutura, de processo e de resultado.

O componente de estrutura refere-se aos recursos disponíveis, abrangendo o financeiro, os recursos humanos, os físicos, os materiais, os medicamentos, a implementação de protocolos assistenciais e da estrutura organizacional. O de processo corresponde ao conjunto de atividades na produção, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, incluindo a busca pelo diagnóstico e a terapêutica. E o de resultado, o qual consiste na obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde do usuário e da população, o custo mensurado e se esses são compatíveis com a sustentabilidade da organização (Donabedian, 1992).

Acredita-se que independente da modalidade de atendimento – internação, ambulatorial ou domiciliar, a busca pela qualidade é imperativa. Todavia, a produção de conhecimento na área de qualidade e a avaliação dos serviços prestados na assistência domiciliar é, ainda, escassa e na maioria das vezes, não está sedimentada em relação ao emprego de ferramentas que permitam avaliar a qualidade do atendimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) descreve o sistema de atendimento domiciliar como a provisão de serviço de saúde às pessoas de qualquer idade em seus lares, tendo os seguintes objetivos: substituir a hospitalização não prevista, por necessidade aguda de cuidado ou substituir uma longa internação institucional pela manutenção dos indivíduos em seu próprio domicílio e comunidade.

Segundo definição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2006), o termo assistência domiciliar é genérico, e representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, com destaque para o atendimento e a internação domiciliar.

O atendimento domiciliar é conceituado como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e assistenciais com participação de equipe multiprofissional; o termo internação domiciliar representa um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para usuários com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada, de recursos humanos, de equipamentos, de materiais e de medicamentos. E quando necessário atendimento de urgência/emergência e transporte.

Nesse sentido, a enfermagem representa um dos pilares de sustentação dessa modalidade de atenção. Para Oguisso e Schimidt (2010), o desempenho da prática de enfermagem na assistência domiciliar exige conhecimento relacionado à responsabilidade ética, profissional e suas implicações legais no exercício da enfermagem.

Frente a essas considerações e acreditando na importância dessa modalidade de atenção à saúde, é que se optou, neste estudo, em avaliar o atendimento prestado por um programa de assistência domiciliar na percepção de cuidadores, tendo o objetivo de verificar o grau de satisfação do usuário/cuidador/trabalhador acerca da qualidade assistencial.

Método

Estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, realizado no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

O PAD-HU-USP foi implantado nessa instituição em 2000, sendo adotada como modalidade de atenção à assistência domiciliar (ANVISA, 2006).

Para integrar o PAD do HU-USP foram estabelecidos critérios clínicos para a inclusão dos pacientes, a saber:

- Portadores de doenças crônicas com dificuldade de locomoção e acesso aos serviços de saúde;
- Portadores de doenças que exijam investigação das condições ambientais para a consolidação de uma proposta assistencial adequada;
- Usuários com reinternações hospitalares frequentes;
- Usuários em cuidados paliativos;
- Crianças portadoras de síndromes neuromusculares, congênicas ou genéticas, ou sequelas de doenças como meningite, paralisia cerebral, entre outras, passíveis de AD.

Além desses, é necessário que o usuário esteja matriculado no HU-USP e pertença a comunidade USP e/ou Butantã. É preciso ter indicação e pedido da equipe que assiste o paciente, reunir condições clínicas para ser atendido no domicílio e ter cuidador domiciliar eleito pela família.

A equipe de profissionais de saúde, do referido programa, é constituída por cinco médicos (dois clínicos, dois pediatras e um psiquiatra), três enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga. Conta, também, com apoio de uma secretária e um motorista, além de psicólogos do Instituto de Psicologia da USP.

O usuário e a família matriculados, no citado programa, recebem a visita da equipe de saúde no domicílio, onde são avaliadas a área física da residência, as condições sociais e econômicas da família e definida a periodicidade das visitas. Cada profissional programa a assistência de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

O projeto foi aprovado pela Câmara de Ensino e Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP, protocolo 997/10, SISNEP CAAE – 0015.01.98.196-10. Atendendo às normas presentes na Resolução 196/96 que versa sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996), foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi entregue aos sujeitos da pesquisa.

A amostra foi por 37 cuidadores dos usuários matriculados no mínimo há um mês no PAD e que fossem alfabetizados.

Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto por meio de um questionário composto de duas partes, sendo que a primeira continha os dados sociodemográficos e clínicos dos usuários/cuidadores e a segunda com 15 questões avaliativas de estrutura, de processo e de resultado da a medir atitudes, opiniões e percepções por meio de uma escala de Likert com cinco graus sendo um extremo (grau 1) o desacordo total e o extremo oposto (grau 5) o total acordo; o ponto intermediário (grau 3) representa uma posição de neutralidade ou indiferença.

A confiabilidade do instrumento foi verificada por meio do teste de Alpha de Cronbach, o qual aponta a relação entre covariâncias e variâncias internas das medidas e assume valores entre 0 – 1.

Os questionários eram entregues pelo pesquisador, por ocasião das visitas periódicas realizadas pelos profissionais do PAD-HU-USP, sendo estabelecido um prazo de 15 dias para a sua devolução.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva e de teste estatísticos específicos.

Resultados

Neste estudo o coeficiente de consistência interna do questionário realizado pelo teste de Alpha de Cronbach obteve o valor de 0,92, o que significa medir 92% do processo real, resultado este considerado confiável para a amostra.

Em relação à caracterização dos cuidadores houve o predomínio do sexo feminino 94,6%; a média de idade foi de 52,8 anos; 37,8% possuíam ensino médio completo e 90,6% eram filhas dos usuários atendidos.

No que tange as dimensões de estrutura, processo e resultado constatou-se os seguintes achados.

A dimensão de estrutura contemplou proposições concernentes aos recursos materiais, humanos, recursos de infra-estrutura e ao modelo assistencial. Relativo ao grau totalmente satisfeito, 86,5% referiram os aspectos organizacionais e 78,4% o tempo de espera para a primeira visita no domicílio dos profissionais de saúde.

Quanto à dimensão de processo foram analisados aspectos acerca da atuação e do relacionamento dos profissionais, a execução de procedimentos, bem como as orientações realizadas e o apoio dado pela equipe. Assim, verificou-se que 73% apontaram como favorável as orientações que foram ministradas e 78,4% o apoio recebido dos profissionais do programa.

No que diz respeito à dimensão de resultado, na qual foram abordados os itens referentes ao respeito e à privacidade do atendimento e aos efeitos dos cuidados prestados. Desse modo, 83,8% estiveram totalmente satisfeitos com a privacidade e com os resultados dos cuidados recebidos.

A Tabela 1, a seguir, demonstra as medidas de tendência central nas três dimensões avaliativas.

Tabela 1: Distribuição das medidas de tendência central dos escores das dimensões de estrutura, de processo e de resultado, HU-USP, São Paulo 2010

Dimensão	N	Média	dp	Média	Mínimo	Máximo
Estrutura	37	5,35	0,65	5,35	3,83	6,00
Processo	37	5,58	0,43	5,58	4,67	6,00
Resultados	37	5,76	0,45	5,76	4,33	6,00

Teste de correlação de Pearson: estrutura p=1, processo=0,53 e resultado=0,45.

Pelos achados constatou-se que o melhor índice esteve na dimensão de resultado 5,76, de um limite máximo de 6,00. Houve correlação estatisticamente significante entre as três dimensões.

Conclusão

O presente estudo possibilitou conhecer a percepção dos cuidadores dos usuários atendidos no PAD do HU-USP e constatar que esses demonstraram elevados índices de satisfação com o atendimento recebido.

Por conseguinte, acredita-se que a atenção domiciliar é uma área emergente a ser investigada, visto que se trata de uma estratégia de gestão em saúde e que o emprego de indicadores de satisfação propiciará a identificação de problemas reais e potenciais, contribuindo para melhorar os processos de trabalho no referido programa.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC/ANVISA nº11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam a atenção domiciliar. Anexo.(on line). Brasília, 2006 (citado 2009 fev.26). Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word>

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996; 4 (2 Supl):15-25.

Donabedian A. La calidad de la atención médica-definición y métodos de evaluación. México DF: La Prensa Mexicana; 1984.

Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica: In: White KL, Frank J org. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington - (DC): OPAS; 1992. p. 382-404.

Oguisso T, Schmidt MJ. Exercício da Enfermagem domiciliar (Home Care). In: Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010 p. 197-206.

Robbins S P. Comportamento organizacional. 9ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2002. cap.4, p.77-129.

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência&Saúde Coletiva 2005; 10(3):599-613.

World Health Organization (WHO). Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Geneva, WHO, 1999. (citado 2009 março 10). Disponível em:http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html.

Qualidade e Segurança

P_98_2011 - Análise do sistema de distribuição de medicamentos de um hospital público: propostas para melhoria da eficiência institucional

Rafael Moraes Pinto, Renata Paccagnella de Picoli, Andréa Cassia Pereira Sforsin, Paulo Frederico Galembeck, Sonia Lucena Cipriano

Resumo: Os avanços na área de logística levam as organizações de saúde à busca de qualidade e eficiência no gerenciamento de todo seu estoque. O presente trabalho teve como objetivo analisar a gestão do estoque de medicamentos em três farmácias descentralizadas que distribuem medicamentos para as áreas de internação de um hospital público terciário na cidade de São Paulo. Para isso, foram coletadas informações sobre a transferência de medicamentos do estoque central para as farmácias. O estudo sugere centralização das farmácias, com ampliação da área física, alteração da rotina de abastecimento de medicamentos e adoção de métodos de gestão de estoque.

Palavras-chave: farmácia, medicamentos, custo, gestão de estoque, distribuição de medicamentos, informatização, processos

Introdução

A logística é o conjunto de atividades voltadas para administrar o fluxo de materiais e das informações relacionadas ao longo da cadeia de suprimentos (1). A logística assume papel primordial na minimização do custo da operação sendo um importante processo na disponibilização dos materiais para atender às necessidades de consumo no espaço e no tempo requeridos. A gerência de estoque adquire importância por ser um processo com enfoque financeiro, já que todo e qualquer armazenamento de materiais gera custos (2). No caso dos hospitais, os materiais e medicamentos desempenham um papel importante, de forma que a sua administração se tornou uma necessidade, independente do seu porte ou tipo (1). Com isso, os hospitais têm se preocupado cada vez mais com a logística hospitalar, pois o controle do estoque e o abastecimento de materiais e medicamentos movimentam um volume considerado de recursos dentro do hospital chegando a significar, financeiramente, até 75% do que é consumido em um hospital geral (3). Planejar e controlar custos são mecanismos que podem garantir a sobrevivência das instituições hospitalares, já que tratamentos

médicos onerosos podem inviabilizar a prestação de serviços (4). Com isso, a administração de materiais tecnicamente bem aparelhada é, sem dúvida, uma das condições fundamentais para o equilíbrio econômico e financeiro de qualquer organização (5).

Os recentes avanços nas áreas de logística e de tecnologia da informação levam as organizações de saúde à busca de qualidade e eficiência, adotando modernas técnicas de logística, pois menores estoques relacionam-se a menores custos e sua redução agrega benefícios tanto internos como externos à organização (4). A farmácia hospitalar depende de rigoroso controle de estoque e distribuição de medicamentos, pois necessita ter em estoque e disponibilizar medicamentos adequados ao receituário prescrito (5). Como é extremamente complexa a determinação do tipo de paciente e com que necessidades terapêuticas o mesmo será admitido no hospital, a demanda dos remédios é aleatória, o que dificulta sobremaneira a gestão de seus estoques. O Hospital precisa adequar-se à complexidade do tema necessitando, ainda, gerenciar características intrínsecas como os prazos de validade curtos, a multiplicidade de apresentações, o seu alto valor unitário e a facilidade de furtos (1).

Os ciclos de demandas e ressuprimentos dos estoques de medicamentos nos hospitais se caracterizam por flutuações significativas e é necessário um controle rígido para que não haja a possibilidade de, em situações extremas, a ocorrência de óbito de pacientes (6). Com essa preocupação e pela complexidade logística da farmácia hospitalar, as unidades hospitalares, ao organizarem seu processo produtivo, são levadas a estocarem insumos de forma a garantir a não interrupção do processo de produção gerando, muitas vezes, excesso de estoque e aumento de custos (7). Observa-se que a quantidade de produtos armazenados e o tempo de permanência dos mesmos nos estoques são as duas variáveis responsáveis diretas pelo aumento do custo dos medicamentos abrigados nas farmácias hospitalares, sendo que quanto maior o grau dessas duas variáveis, maior será o custo final dos estoques (3). Portanto, o desafio do gestor de estoques do hospital consiste em manter o estoque disponível na mesma proporção da demanda, objetivando a redução de custos e a correta prestação de serviços (8,9), pois, recursos escassos bem gerenciados podem render mais, levando a inserção de mais pacientes no sistema público de saúde (10).

Justificativa

Um hospital público terciário da cidade de São Paulo propôs a adoção de práticas para obtenção do certificado de qualidade, sendo descritas algumas oportunidades de melhoria relacionadas à gestão do estoque dos medicamentos. Para sanar os problemas apontados, propor melhorias no controle do estoque e otimizar a forma de trabalho, promovendo redução de custos e melhoria da qualidade da assistência aos pacientes, o presente trabalho teve como objetivo realizar uma análise do sistema de distribuição de medicamentos do hospital.

Métodos

O presente estudo foi realizado em três farmácias descentralizadas que distribuem medicamentos para as áreas de internação de um hospital público terciário com especialidades na cidade de São Paulo. Cada farmácia descentralizada deste hospital dispensa medicamentos para, aproximadamente, 260 leitos de internação com pacientes de diferentes níveis de complexidade. No presente trabalho as farmácias descentralizadas foram denominadas "A", "B" e "C".

Para realizar o estudo foram coletadas informações sobre a transferência de medicamentos do estoque central para as farmácias descentralizadas no período de Janeiro a Dezembro de 2009. Como o abastecimento da farmácia descentralizada é feito após requisição eletrônica enviada ao estoque central, foram coletados os relatórios disponibilizados no programa de administração de materiais do hospital. Os relatórios analisados continham informações sobre o número da requisição de medicamentos, data da movimentação, código e descrição do medicamento e quantidade de unidades solicitadas.

Os dados dos relatórios eletrônicos gerados foram utilizados para elaboração de parâmetros de requisições de medicamentos para cada uma das farmácias satélites, caracterizando o tipo e periodicidade de solicitações realizadas ao estoque central. Para analisar a periodicidade de abastecimento do estoque das farmácias descentralizadas foram analisadas as médias de requisições de medicamentos por dia da semana e a porcentagem de unidades solicitadas por dia da semana.

Para o cálculo da média de requisições de medicamentos por dia da semana, a soma das requisições anuais em cada dia da semana foi dividida pelo total de dias desta mesma semana em que foram realizadas requisições de medicamentos, no ano analisado. Da mesma forma, foi feita a média de unidades de medicamentos por dia da semana.

Para caracterizar o abastecimento do estoque foi feita a média de requisições por dia dividindo-se o número total de requisições de medicamentos no ano pelo número total de dias do ano em que foram realizadas solicitações de medicamentos. A análise das requisições foi completada com a média de especialidades farmacêuticas em cada requisição e média de unidades de medicamentos em cada requisição.

Para complementar o estudo e sugerir alterações no fluxo de trabalho das farmácias, foi feita, ainda, análise das atividades realizadas pelas farmácias descentralizadas mediante acompanhamento dos processos de trabalho junto aos colaboradores nos meses de abril e maio de 2010.

Resultados

A tabela 1 apresenta a média de requisições de medicamentos realizadas por dia da semana pelas farmácias satélites.

Tabela 1. Média de requisições de medicamentos realizadas segundo o dia da semana pelas farmácias satélites do hospital em 2009.

Farmácias Descentralizadas	Dias da semana				
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Farmácia A	6,0	15,2	12,9	4,1	5,9
Farmácia B	7,2	7,0	9,8	12,4	8,1
Farmácia C	9,8	5,2	5,9	7,8	15,2
Total das Farmácias	22,8	27,2	28,5	23,5	29,0

Nota-se concentração das solicitações das farmácias satélites em dois dias da semana. Na Farmácia "A" as requisições de medicamentos concentram-se na terça e quarta-feira. Já na Farmácia "B" na quarta e quinta-feira e na Farmácia "C" na segunda e sexta-feira.

A análise da distribuição semanal das solicitações pelas farmácias satélites também foi feita através da porcentagem de unidades solicitadas por dia da semana, visualizada na tabela 2.

Tabela 2. Porcentagem de unidades solicitadas, segundo o dia da semana pelas farmácias satélites do hospital em 2009.

Farmácias Descentralizadas	Dias da semana					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Total
Farmácia A	6,4%	48,9%	38,5%	3,1%	3,1%	100%
Farmácia B	9,7%	8,0%	29,2%	47,9%	5,2%	100%
Farmácia C	27,7%	3,5%	3,7%	8,4%	56,7%	100%
Total das Farmácias	14,9%	19,3%	23,4%	20,2%	22,3%	100%

A distribuição das unidades de medicamentos solicitados foi semelhante ao padrão de requisições semanais. Aproximadamente metade do volume do abastecimento semanal concentra-se em um dia da semana. Na Farmácia "A" o abastecimento do estoque concentra-se na terça-feira, na Farmácia "B" na quinta-feira e na Farmácia "C" na sexta-feira.

A tabela 3 apresenta os dados da média de requisições de medicamentos por dia da semana e a caracterização das requisições.

Tabela 3. Média de requisições de medicamentos por dia, média de especialidades farmacêuticas em cada requisição e unidades de medicamentos em cada requisição solicitadas pelas farmácias satélites do hospital em 2009.

Farmácias Descentralizadas	Parâmetros		
	Requisições por dia*	Especialidades farmacêuticas em cada requisição*	Unidades de medicamentos em cada requisição**
Farmácia A	9,3 ± 7,2	6,2 ± 5,5	895 (9.445)
Farmácia B	9,2 ± 5,8	6,1 ± 5,9	977 (12.419)
Farmácia C	9,0 ± 6,1	5,8 ± 5,7	950 (8.946)
Total das Farmácias	26,9 ± 10,4	6,1 ± 5,7	941 (12.419)

* Valores expressos em média desvio padrão

** Valores expressos em média (valor máximo)

Nota-se que as farmácias satélites realizam um número relativamente alto de solicitações diárias para reposição do estoque com poucas especialidades farmacêuticas em cada uma das solicitações. Houve bastante variabilidade na quantidade de medicamentos solicitados em cada requisição, variando de uma até 12.419 unidades de medicamentos solicitados pelas farmácias descentralizadas. Os parâmetros analisados mostram que as farmácias possuem padrão semelhante de volume, itens e unidades de medicamentos solicitados.

Através da observação do ambiente de trabalho notou-se que o espaço físico para abastecimento das farmácias descentralizadas é bastante restrito para o grande volume da demanda de trabalho. Observou-se que o gerenciamento de estoque é baseado em análise visual do nível de medicamentos em estoque. Foram notados ainda excesso de estoque de algumas especialidades farmacêuticas, bem como relatadas faltas frequentes de alguns medicamentos.

Discussão e Conclusão

Para atender às necessidades do hospital, o gestor de suprimentos pode adotar a distribuição de medicamentos de forma centralizada ou descentralizada. É chamada centralizada quando o setor de distribuição está concentrado em uma única área física e atende a todas as unidades assistenciais. Por outro lado, é feita de forma descentralizada quando existe mais de uma área de distribuição situada em locais estratégicos destinados a uma demanda diferenciada de medicamentos. Tais unidades são chamadas de farmácias satélites e estão ligadas à farmácia central por normas e rotinas operacionais e técnicas (11). No hospital estudado, o método de trabalho baseado em farmácias descentralizadas foi estruturado de forma a facilitar a entrega dos medicamentos. Este modo de trabalho foi adotado devido à falta de informatização que havia na cadeia de distribuição de medicamentos, sendo realizadas prescrições e solicitações em papel. Desta forma, o controle do consumo e o processo de distribuição eram melhor geridos quando as farmácias se situavam mais próximas dos leitos dos pacientes.

Durante a realização deste trabalho o hospital estava realizando a informatização do processo de distribuição de medicamentos visando agilizar o trabalho e melhorar o controle de seu estoque. A informatização do sistema permitiria, então, a criação de uma base de informações gerenciais que serviria de suporte à tomada de decisões para melhoria do nível de serviços prestados.

Com base nas alterações que estavam sendo implantadas, sugeriu-se que a tarefa de distribuição dos medicamentos deveria ser feita por uma única unidade de farmácia, uma vez que não havia a necessidade de uma demanda diferenciada de medicamentos entre as farmácias analisadas, adotando-se, assim, o modo de trabalho de farmácia central.

A variabilidade semanal e as características de requisições de medicamentos adotadas pelas farmácias descentralizadas devem-se, em grande parte, à restrição do espaço físico, obrigando a realização de vários pedidos com poucas unidades de medicamentos. Devido à impossibilidade imediata de expansão das farmácias descentralizadas sugere-se, ainda, a centralização das atividades em um espaço físico mais amplo. Tal ampliação facilitaria o atendimento da grande demanda por medicamentos, concentrando ainda mais a solicitação de medicamentos ao estoque central em um dia da semana, com conseqüente aumento do volume de medicamentos em cada uma das requisições.

Com a concentração das solicitações de abastecimento do estoque em um dia da semana, a centralização das farmácias seria importante, também, para que houvesse otimização dos recursos humanos do hospital, promovendo maior disponibilidade para que os farmacêuticos possam realizar atividades de farmácia clínica e não somente elaboração de requisições de medicamentos.

A informatização e centralização das atividades em um único espaço físico seriam importantes, além disso, para melhorar o controle dos medicamentos, evitando desvios. Sugere-se ainda a adoção de técnicas de gerenciamento de estoque como Ponto de Pedido e Classificação ABC, para evitar a falta ou o excesso de medicamentos. Desta forma o hospital promoveria redução dos erros de previsão de demanda com conseqüente redução de custos financeiros e operacionais.

Por fim, conclui-se que as farmácias descentralizadas do hospital realizam a reposição do estoque concentrada em dois dias da semana através de um número relativamente alto de solicitações diárias com poucas especialidades farmacêuticas em cada uma das solicitações. Sugere-se a alteração da rotina de abastecimento e distribuição de medicamentos, adoção de métodos de gestão de estoque e centralização das atividades das farmácias do hospital com ampliação da área física.

Espera-se que, com as propostas de modificação do modelo de reposição de estoque, o hospital tenha ganhos significativos e a logística de abastecimento de medicamentos possa ser otimizada. Seria um passo importante para melhoria da qualidade da assistência prestada, garantindo eficiência no atendimento do serviço público, possibilitando aumento do acesso da população com a economia gerada, e, por fim, maior segurança aos pacientes atendidos.

Referencial bibliográfico

- BARBIERI, J. C.; MACHLINE, C. **Logística hospitalar: teoria e prática**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- BALLOU, R. H. Gerenciamento da cadeia de suprimentos. **Logística empresarial**. 5. ed. São Paulo: Bookman, 2006.
- CAVALLINI, M. E.; BISSON, M. P. **Farmácia hospitalar: um enfoque em sistemas de saúde**. 2. ed. Barueri: Manole, 2010.
- NOVAES, M. L. O.; GONÇALVES, A. A.; SIMONETTI, V. M. M.; AFONSO, M. W. Métodos gerenciais da indústria aplicados à farmácia hospitalar: proposta para redução de custos. **IV SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, 2007. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos07/702_SEGET07_1_SEM.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2011.
- FRANCISCHINI, P. G.; GURGEL, F. A. **Administração de materiais e do patrimônio**. 1. ed. São Paulo: Pioneira, 2002.
- PORTELLA, A. Padronização e custos: uma questão de logística hospitalar. **Guia Log Portal de Logística**, 2001. Disponível em: <<http://www.guiaalog.com.br/ARTIGO203.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2011.
- PAULUS JÚNIOR, A. Gerenciamento de recursos materiais em unidades de saúde. **Revista Espaço para a Saúde**. v.7, n.1, p.30-45, 2005.
- FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

9. SANTOS, A. M.; RODRIGUES, I. A. Controle de estoque de materiais com diferentes padrões de demanda: estudo de caso em uma indústria química. **Gestão & Produção**. v.13, n.2, p.223-231, 2006.

10. BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Revista de Administração Pública**. v.44, n.4, p.903-931, 2010.

11. SERAFIM, S. A. D. **Impacto da informatização na dispensação de medicamentos em um hospital universitário**. 2005. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade)– Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Qualidade e Segurança

P_99_2011 - Diretriz Assistencial para a Segurança do Paciente com Fratura de Femur

Juliana Cardozo Fernandes Bastos, Rodrigo Damião Maia Graciano

INTRODUÇÃO

A fratura do colo do fêmur é encontrada freqüentemente em mulheres acima de 60 anos⁽¹⁾ e sua incidência vem aumentando em várias partes do mundo devido ao aumento da expectativa de vida nessa faixa etária⁽²⁻¹⁰⁾. Os mecanismos de trauma são: queda do mesmo nível, estresse mecânico de repetição associado à osteoporose nos idosos e traumas de alta energia em pessoas jovens vítimas de acidentes^(11,12,6,13-15).

A pré-disposição para lesões pode estar associada ao processo de senescência, ou seja, o envelhecimento fisiológico. Ocorrem alterações em vários sistemas as quais diminuem a funcionalidade dos idosos. Este envelhecimento também pode estar associado a patologias, sendo caracterizado como senilidade.

Existem muitas definições para trauma. No "*Webster's Third New International Dictionary*" trauma é definido como um ferimento ou ferida e um corpo vivo causado pela aplicação de violência externa⁽¹⁶⁾. Já a fratura consiste em quebra na continuidade do osso. Ocorre quando o estresse colocado sobre um osso é maior que aquele que o osso consegue absorver, sendo que, músculos vasos sanguíneos, nervos, tendões, articulações e outros órgãos podem ser lesionados decorrente da fratura⁽¹⁷⁾.

Os fatores de risco para fratura de fêmur incluem menor índice de massa corporal, dieta pobre em cálcio, menopausa, baixa atividade física, menor grau de instrução e pacientes com pouca atividade física no trabalho^(14,18,19). Mulheres com fratura de fêmur proximal são relacionadas a 10% dos casos a dependência funcional para atividades diárias e, em 19%, a cuidados domiciliares de enfermagem por longo período^(10,20).

A pré-disposição para lesões pode estar associada ao processo de senescência, ou seja, ao envelhecimento fisiológico. As alterações que ocorrem em vários sistemas diminuem a funcionalidade dos idosos. Este envelhecimento também pode estar associado a patologias, como caracterizado como senilidade⁽²¹⁾.

O aumento crescente da expectativa de vida da população mundial tem contribuído para o aumento das doenças crônico-degenerativas na população idosa. A osteoporose assume especial atenção por se tratar de uma doença com alta prevalência entre os idosos, pelo risco maior de fraturas e pelo alto custo relacionado ao tratamento clínico-cirúrgico, tornando-a um grave problema de saúde pública⁽²²⁾. Sendo que a prevalência da osteoporose está aumentando em todos os países, em consequência do envelhecimento populacional. A estimativa de osteoporose em mulheres de origem caucasiana, na fase pós-menopausa, era de 20% na população dos Estados Unidos no início da década de 90, segundo critério diagnóstico da Organização Mundial de Saúde⁽²³⁾.

A complicação mais temida da osteoporose é a fratura proximal de fêmur. Esta fratura resulta em mortalidade 15% maior no primeiro ano pós-fratura comparativamente ao grupo não afetado de idade similar⁽²⁴⁾. Este tipo de fratura representa perda significativa da autonomia dos pacientes. Cerca de metade dos pacientes torna-se incapaz de deambular e um quarto necessita de cuidado domiciliar prolongado⁽²⁵⁾.

Dentre todos os sítios de fratura, as que ocorrem no fêmur são as que apresentam importante causa de mortalidade e de incapacidade em idosos⁽²²⁾. A fratura proximal de fêmur nessa faixa etária ocorre na ordem de 4%⁽²⁶⁾, a incidência de fraturas do fêmur aumenta exponencialmente com a idade. Os pacientes com fratura prévia são duas a cinco vezes mais susceptíveis a fraturas futuras do que indivíduos sem fraturas⁽²⁷⁾ e sua incidência tem aumentado, dado o crescente aumento da expectativa de vida^(28,29). De todas as fraturas ocasionadas por queda, são as mais graves, pois causam as complicações de saúde mais sérias e o maior número de mortes^(30,31).

A enfermagem deverá prestar assistência adequada para sua reabilitação, prevenindo possíveis complicações, realizando a sistematização da assistência de enfermagem de acordo com o plano de cuidado deste paciente, garantindo sua segurança em todo o processo de reabilitação.

2 OBJETIVO

Elaborar proposta de Diretriz Assistencial para pacientes com fratura de fêmur que subsidiará os planos de cuidados de enfermagem específicos.

3 METODO

Para a elaboração deste estudo foi realizado uma revisão integrativa da literatura, descritiva, com abordagem quantitativa, sobre o tema Fratura de Fêmur. A conceituação teórica foi realizada nos bancos de dados informatizados SCIELO, DEDALUS e LILACS no período de 1998 a 2008, bem como em livros relacionados com a área, com os seguintes descritores de assunto: Fratura de Fêmur, Assistência de Enfermagem e Fatores Associados.

3.1 Critérios de inclusão:

Artigos publicados em inglês, português e espanhol; artigos indexados nas bases de dados SCIELO, DEDALUS e LILACS; livros e periódicos produzidos entre 1998 a 2008; artigos que retratam o cuidado de enfermagem ao paciente com fratura de fêmur; artigos que mostram a atuação do enfermeiro com paciente com fratura de fêmur; artigos publicados sobre enfermagem perioperatório ao paciente com fratura de fêmur.

3.2 Critérios de exclusão:

Artigos não encontrados no meio físico ou eletrônico na cidade de São Paulo; artigos sem resumo; artigos que retratam as técnicas cirúrgicas.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados buscando as recomendações que comporão a proposta da Diretriz Assistencial.

5 RESULTADOS

No Brasil, identificaram-se apenas dois estudos sobre incidência de fraturas de fêmur. Foram desenvolvidos com pessoas acima de sessenta anos de idade e realizadas em cidades do interior das regiões sudeste e nordeste do país, ambos de natureza retrospectiva. Na cidade de Marília, São Paulo em 1995, a taxa foi de 50,03/10 mil para o sexo feminino e de 18,73/10 mil para o sexo masculino⁽³²⁾. Em Sobral, Ceará, entre os anos de 1996 e 2000, as taxas anuais de pessoas acima de sessenta anos foram de 20,7/10 mil para mulheres e 8,9/10 mil para homens⁽³³⁾.

Existe uma alta incidência de fratura de fêmur entre as pessoas idosas que apresentam ossos quebradiços devido à osteoporose (principalmente as mulheres) e que tendem a cair com freqüência. Os músculos quadríceps fracos, a fragilidade geral devido à idade e as condições que produzem perfusão arterial cerebral diminuída (crises isquêmicas transitórias, anemia, embolias, doença cardiovasculares e efeitos de medicamentos) contribuem para a incidência de quedas, levando às fraturas de fêmur⁽³⁴⁾.

Sabe-se que em pacientes com fratura de fêmur que já sofreram algum tipo de complicação, há um aumento nas taxas de mortalidade⁽³⁵⁾. As taxas de mortalidade variam de 15,0 a 50,0% no primeiro ano, com maior número de óbitos ocorrendo nos primeiros seis meses após o evento⁽³⁶⁻³⁷⁾.

Assistência de Enfermagem na Fratura de Fêmur

A equipe de enfermagem que vai prestar assistência aos pacientes a serem submetidos à cirurgia de fratura de fêmur deve estar conscientizada da necessidade do treinamento de todo pessoal, bem como do preparo específico e preventivo da unidade de internação através de desinfecção ambiental, dos materiais, equipamentos e aparelhos a serem utilizados no paciente. Deve-se realizar o histórico do paciente a fim de detectar o estado de hidratação, história medicamentosa atual e possível infecção. Com base nos dados do histórico de enfermagem, os principais diagnósticos de enfermagem pré-operatórios do paciente relacionados com o estado ortopédico podem incluir os seguintes: Dor aguda relacionada com a fratura, problema ortopédico, inchaço e/ou inflamação; Risco de disfunção neurovascular periférica relacionada com inchaço, aparelhos constritivos ou retorno venoso prejudicado; Risco de tratamento com regime terapêutico ineficaz relacionado com o conhecimento insuficiente ou falta de suporte e recursos disponíveis; Mobilidade física prejudicada relacionada com a dor, inchaço e possível presença de um aparelho de imobilização; Risco de baixa auto-estima situacional: distúrbio da imagem corporal e/ou comprometimento funcional relacionados com o impacto do distúrbio musculoesquelético.

As principais metas para o paciente antes da cirurgia ortopédica podem incluir o alívio da dor, função neurovascular adequada, promoção da saúde, comprometimento da mobilidade e auto-estima positiva⁽³⁴⁾.

A perfusão tecidual deve ser rigorosamente monitorada, pois edema e o sangramento nos tecidos podem comprometer a circulação e resultar em síndrome compartimental. A inatividade contribui para a estase venosa e para o desenvolvimento da trombose venosa profunda (TVP), além do risco de úlcera por pressão. Anestesia geral, analgesia e imobilidade podem resultar em funcionamento alterado dos sistemas reparatório, gastrointestinal e urinário⁽³⁴⁾.

Com a cirurgia ortopédica importante, há um risco de choque hipovolêmico por causa da perda sanguínea. Com frequência, a dissecação muscular produz feridas em que a homeostasia é ruim. As feridas que são fechadas sob controle do torniquete podem sangrar durante o período pós-operatório. A enfermeira (o) deve ficar alerta para detectar os sinais de choque hipovolêmico⁽³⁴⁾.

A doença tromboembólica é uma das complicações mais comuns e mais perigosas que podem ocorrer com o paciente ortopédico pós-operatório. Deve-se avaliar diariamente quanto à inchaço da panturrilha, dor, calor, rubor e sinal de Homans positivo⁽³⁴⁾.

Deve-se manter a posição do membro operado em abdução, posição neutra, ligeira flexão do joelho, colocar coxim abductor entre as pernas, pequeno coxim feito com lençol sob o joelho e na extensão lateral externa da perna, luvas de água sob o calcanhar⁽³⁸⁾.

Elevar o decúbito até 60°, assim que o paciente estiver consciente. Solicitar o mesmo a movimentação dos pés (flexão e extensão). Manter constantemente a posição do membro operado em abdução e posição neutra⁽³⁸⁾.

Os drenos de sucção devem ser avaliados e observados quanto à sua inserção, funcionamento e durabilidade. A retirada do mesmo se faz quando apresenta secreção serosa em sua extensão ou 48 horas após a cirurgia, ou se estiver drenando menos que 30 ml⁽³⁸⁾.

O primeiro curativo deve ser trocado após 24 horas. Observar características da ferida cirúrgica e da secreção. O curativo pode ser mantido aberto se a ferida cirúrgica estiver com as bordas unidas, íntegras e sem secreção⁽³⁸⁾.

Sentar o paciente a partir do terceiro dia de pós-operatório, se não houver nenhuma contra indicação médica; e iniciar a deambulação a partir do quarto dia ou quinto dia, sempre com a presença do fisioterapeuta⁽³⁸⁾.

Após o sexto dia, se o paciente estiver em condições hemodinâmicas estáveis, realizando as atividades de vida diária, sugere-se alta hospitalar. Quando existe o planejamento para alta hospitalar, a enfermagem deve acionar os familiares para orientação domiciliar com relação à terapêutica de autocuidado e medicamentosa⁽³⁸⁾.

As complicações mais frequentes no pós-operatório são as luxações antes de completar uma semana de pós-operatório. A incidência é em cerca de 4% dos pacientes antes de completar um mês de pós-operatório⁽³⁸⁾.

Além disso, a embolia gordurosa pode ocorrer com a cirurgia ortopédica, e ficar alerta para detectar as alterações na respiração, nível de consciência que sugerem o desenvolvimento da embolia gordurosa⁽³⁴⁾.

Com base nos dados do histórico de enfermagem, os principais diagnósticos de enfermagem do paciente após a cirurgia ortopédica podem incluir os seguintes: Dor aguda relacionada com o procedimento cirúrgico, inchaço e imobilização; Risco de disfunção neurovascular periférica relacionada com inchaço, aparelhos constritivos ou circulação prejudicada; Risco de controle ineficaz do regime terapêutico relacionado com o conhecimento insuficiente ou suporte e recursos disponíveis; Mobilidade física prejudicada relacionada com a dor, edema ou presença de um aparelho de imobilização (p. ex., tala, aparelho gessado ou calha); Risco de baixa auto-estima situacional: distúrbio da imagem corporal ou do desempenho de função relacionados com o impacto do distúrbio musculoesquelético.

O uso do trapézio é importante para fortalecer a musculatura do braço, auxiliar na movimentação para execução de vários procedimentos, como higiene corporal, eliminação intestinal, mudança de decúbito e outras ações de autocuidado. Quanto ao uso da comadre, o procedimento parece ser simples, porém, na situação pós-operatória, sua utilização inadequada pode levar ao risco de causar uma subluxação ou luxação. A mudança de decúbito é um procedimento adotado para prevenção de lesões nas regiões de proeminências ósseas e nas áreas de maior atrito. Para sentar no leito este procedimento deve ser realizado a partir do terceiro dia de pós-operatório. É um momento crítico para o paciente, pois necessita de segurança, confiança e ajuda.

9. CONCLUSÃO

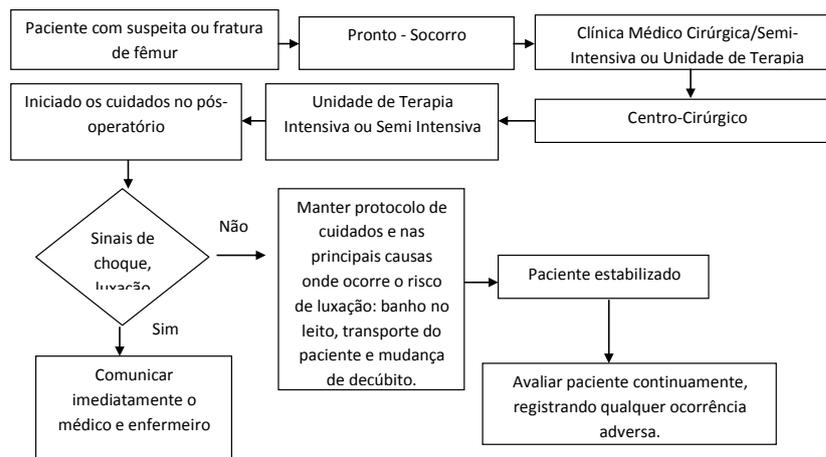
Por prestar assistência durante 24 horas, a enfermagem tem condições de estar atenta aos fatores que interferem no bem estar do paciente e, a partir daí, criar formas de amenizar seu sofrimento. Este trabalho buscou contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes em pós-operatório de fratura de fêmur. Apesar dos resultados satisfatórios desse tipo de cirurgia, a incidência de doenças degenerativas poderia ser diminuída por meio de medidas profiláticas aplicadas precocemente. A profilaxia das doenças é muito difícil porque não há condições em que podemos detectar moléstias que posteriormente possam evoluir para o procedimento cirúrgico.

Referências

1. Lizaaur-Utrilla A, Orts AP, Campo FS et al. Epidemiology of trochanteric fracture of the femur in Alicante, Spain, 1974-1982. *Clin Orthop* 218: 24-31, 1987.
2. Caniggia M, Morreale P. Epidemiology of hip fractures in Sienna, Italy, 1975-1985. *Clin Orthop* 238: 131-138, 1989.
3. Dretakis EK, Giaourakis G, Steriopoulos K. Increasing incidence of hip fracture in Crete. *Acta Orthop Scand* 63: 150-151, 1992.
4. Falch JA, Ilebekk A, Slungaard U. Epidemiology of hip fractures in Norway. *Acta Orthop Scand* 56: 12-16, 1985.
5. Gallagher JC, Melton LJ, Riggs BL. Epidemiology of fractures of the proximal femur in Rochester, Minnesota. *Clin Orthop* 150: 165-171, 1980.
6. Hinton RY, Lennox DW, Ebert FR. et al. Relative rates of fracture of the hip in the United States. *J Bone Joint Surg [Am]* 77: 695-702, 1995.
7. Hinton RY, Smith GS. The association of age, race, and sex with the location of proximal femoral fractures in the elderly. *J Bone Joint Surg [Am]* 75: 752-759, 1993.
8. Jensen JS. Incidence of hip fractures. *Acta Orthop Scand* 51: 511-513, 1980.
9. Luthje P. Incidence of hip fractures in Finland. A forecast of 1990. *Acta Orthop Scand* 56: 223-225, 1985.
10. Van Dortmont LMC, Oner FC, Wereldsma JCJ et al. Effect of mental state on mortality after hemiarthroplasty for fracture of the femoral neck. *Eur J Surg* 160: 203-208, 1994.
11. Barreto JM, Cabral FJPC, Malta MC et al. Fratura por fadiga do colo femoral após artroplastia total do joelho. *Rev Bras Ortop* 32: 662-664, 1997.
12. Bray TJ, Smith-Hoefler E, Hooper et al. The displaced femoral neck fracture: internal fixation versus bipolar endoprosthesis results of a prospective, randomized comparison. *Clin Orthop* 230: 127-140, 1988.

13. Pogrud H, Makin M, Robin G. et al. The epidemiology of femoral neck fractures in Jerusalem. *Clin Orthop* 122: 141-146, 1977.
14. Sernbo I, Johnell O, Anderson T. Differences in the incidence of the hip fractures – Comparison of an urban and a rural population in Southern Sweden. *Acta Orthop Scand* 59: 382-385, 1988.
15. Zetterberg C, Elmerson S, Andersson GBJ. Epidemiology of hip fractures in Göteborg, Sweden, 1940-1983. *Clin Orthop* 191: 43-52, 1984.
16. Cardona VD e cols. *Truma Nursing: From Resuscitation through Rehabilitation*. 2nd ed. Philadelphia: Edutora; 1994.
17. Nettina SM. *Prática de Enfermagem*. 7^a ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2003.
18. Wada M, Imura S, Baba H. Use of osteonics UHR hemiarthroplasty for fractures of the femoral neck. *Clin Orthop* 338: 172-181, 1997.
19. Zetterberg C, Elmerson S, Andersson GBJ. Epidemiology of hip fractures in Göteborg, Sweden, 1940-1983. *Clin Orthop* 191: 43-52, 1984.
20. Wolfson N, Waddell JP. Moore hemiarthroplasty functioning for 33 years: a case report. *JCC* 38: 542-545, 1995.
21. Fréz AR. Fratura de fêmur em pacientes idosos: estudo epidemiológico. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste Paraná; 2003.
22. Silveira, VAL et al. Incidência de fratura do quadril em área urbana do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2005.
23. Araujo, Denizar Vianna; Oliveira, Juliana H. A. de; Bracco, Oswaldo Luís. Custo da fratura osteoporótica de fêmur no sistema suplementar de saúde brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 49, n. 6, 2005.
24. Parker MJ, Palmer CR. Prediction of rehabilitation after hip fracture. *Age Ageing* 1995;24(2):96-8.
25. Riggs BL, Melton III LJ. The worldwide problem of osteoporosis: Insights afforded by epidemiology. *Bone* 1995;17 (suppl. 5):505-11.
26. Espino DV, Palmer RF, Miles TP, Mouton CP, Wood RC, Bayne NS, Markides KP. Prevalence, incidence, and risk factors associated with hip fractures in community-dwelling older Mexican Americans: results of the Hispanic EPESE study. *Establish Population for the Epidemiologic Study for the Elderly. J Am Geriatr Soc* 2000; 48(10): 1252-60.
27. Solomon DH, Finkelstein JS, Katz JN, Mogun H, Avorn J. Underuse of Osteoporosis Medications in Elderly Patients with Fractures. *Am J Med* 2003;115:398-400.
28. Lühje P. The incidence of hip fracture in Finland in the year 2000. *Acta Orthop Scand* 1991; 62 (S241): 35-7.
29. Thorgren KG. Full treatment spectrum for hip fractures: operation and rehabilitation. *Acta Orthop Scand* 1997; 68 (1): 1-5.
30. Lyons AR. Clinical outcomes and treatment of hip fractures. *Am J Med* 1997; 103 (2A): 515-635.
31. Adam JC, Hamblen DL. *Manual de fraturas*. 10^a ed. São Paulo: Artes Médicas; 1994.
32. Komatsu RS, Simões MFJ, Ramos RL, Szejnfeld, VL. Incidência de fraturas do fêmur proximal em Marília, São Paulo, Brasil, 1994 e 1995. *Ver Bras de Reumatol*. Vol.39, n.6, nov-dez, pág.325-31,1999.
33. Rocha FAC, Ribeiro AR. Low incidence of hip fractures in an equatorial area. *Osteoporos Int*. vol.14, pág. 496-9,2003.
34. Brunner & Suddart. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2157-2222, 2005.
35. Merchant RA, Lui KL, Ismail NH, Wong HP, Sitoh YY. The relationship between postoperative complications and outcomes after hip fracture surgery. *Ann Acad Med Singapore*. V.34,n.2, march,2005.
36. Leibson CL, Tosteson AN, Gabriel SE, Ransom JE, Melton LJ. Mortality, disability, and nursing home use for person with and without hip fracture: a population-based study. *J Am Geriatric Soc*. V.50, pág.1644-50,2002.

FLUXOGRAMA



Indicadores Assistenciais

P_100_2011- Estudo sobre o Aumento do Atendimento a Pacientes Com Indicação de Cirurgias Ginecológicas em um Hospital Público Municipal Respeitando os Princípios Básicos do SUS

Valéria Rondinelli, Debora Romero; Carlos Alberto Ruiz; Paulo Fernando Constancio de Souza

Palavras-Chave: Indicadores, Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas, Eficiência, Cirurgias.

INTRODUÇÃO

O Hospital X é uma Instituição Pública que presta atendimento exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo treinamento em serviço "pós graduação *latu sensu*" de 36 médicos ginecologistas e obstetras, e 9 em neonatologia. No segundo semestre de 2007, foi observada a queda gradual em cirurgias ginecológicas, apesar da pactuação já existente entre as Unidades Básicas de Saúde –UBSs da região e esta Instituição no encaminhamento de pacientes que necessitam de atendimento em nível secundário. Além desta observação, os médicos residentes estavam descontentes em relação ao número reduzido de cirurgias que vinham realizando durante sua formação, sinalizando uma deficiência de aprendizado no campo cirúrgico ginecológico.

A partir destas constatações, foi observado que, apesar do número de consultas ginecológicas agendadas no ambulatório da instituição, muitas destas consultas eram derivadas de queixas sem necessidade de resolução cirúrgica e outras não apresentavam necessidade de acompanhamento por especialistas, devendo ser mantidas em nível de atendimento ambulatorial primário. Muitas pacientes referiam falta de médicos ginecologistas nas UBSs. Neste momento, procurou-se a Coordenadoria de Saúde da Região Y para se obter informações sobre esta situação, para que alternativas viáveis pudessem ser oferecidas.

Entre os problemas encontrados, foi visto que em algumas UBSs havia dificuldade de marcações para atendimento pelo especialista ginecologista, porém não pela falta de médicos, mas em decorrência de que estes profissionais estavam com agendamento completo de consultas de pré-natal. Nestas unidades, as pacientes realizavam

apenas os exames de prevenção, como a coleta de citologia oncológica que é feito nas UBSs por enfermeiras, num amplo projeto de cobertura para a detecção de alterações citopatológicas de material colhido de colo de útero e fundo de saco posterior.

A consequência desta situação é que, possivelmente, pacientes com doenças mais complexas, como tumores abdominais, tumores mamários, citologias alteradas, anemias crônicas por irregularidades menstruais e queixas de distopias pélvicas com incontinência urinária, ficavam sem o encaminhamento para centros de nível secundário.

Foi proposto um projeto de maneira que as enfermeiras, no momento da coleta de citologia oncológica, pudessem realizar perguntas direcionadas às pacientes. Desta forma, aquelas que respondessem afirmativamente ao questionário, e que desejassem seriam encaminhadas ao Pronto Atendimento no ambulatório do Hospital X, aonde seriam examinadas pelo médico residente do terceiro ano e seu preceptor. Com esta intervenção, era esperado atender os anseios dos médicos residentes, com o atendimento a pacientes portadoras de necessidades cirúrgicas.

JUSTIFICATIVA

Objetivo Geral : Aumentar o número de cirurgias ginecológicas.

Objetivo Específico: Avaliar o número de pacientes com queixas potencialmente cirúrgicas, encaminhadas por meio de questionário aplicado por enfermeiras da rede básica, e o impacto sobre o aumento de cirurgias ginecológicas.

MÉTODOS

Fase de Elaboração do questionário, que contaria com as seguintes informações:

- 1) Unidade de origem e Data de atendimento na UBS;
- 2) Nome da paciente, Idade e Data da Última Menstruação;
- 3) Seu fluxo normal está aumentado (mais de dez dias ou sinais de anemia);
- 4) Histórico de miomas (Sim ou Não);
- 5) Ultrassonografia nos últimos dois anos (Sim ou Não); Alguma alteração? Mioma (Sim ou Não); Tumor anexial maior que 6 cm (Sim ou Não);
- 6) Queixa de perda de urina aos esforços (Sim ou Não);
- 7) Queixa de bola na vagina (Sim ou Não);
- 8) Citologia alterada (Sim ou Não);
- 9) Carço nas mamas (Sim ou Não)
- 10) OBS. Na resposta afirmativa para um dos itens demandará encaminhamento para o Pronto Atendimento de Ginecologia do Hospital X;
- 11) Nome do entrevistador com o local da entrevista (Visita Domiciliar ou coleta de citologia oncológica);
- 12) Data da consulta agendada
- 13) Local e endereço com telefone
- 14) Data do encaminhamento

RESULTADOS :

No período de um ano (22/07/2008 a 30/07/2009), 5.329 pacientes foram agendadas no Ambulatório do Hospital X por esse sistema de captação. O índice de absenteísmo foi de 1343 (25,06%), o número de pacientes contra-referenciadas foi de 1.368 (35,19%) e as pacientes que abriram prontuário para atendimento no ambulatório ginecológico foi de 2.520, o que corresponde a 64,81%.

O projeto foi formalizado para o atendimento a 24 UBS da Região A e quatro UBS da Região B, bem como a demanda do Pronto Socorro do Hospital X. Nas UBS seria aplicado o questionário pelas enfermeiras no momento da coleta de citologia oncológica. Já no Pronto Socorro do Hospital X, os profissionais foram orientados para, ao identificarem pacientes que necessitassem de acompanhamento em nível secundário, cirúrgico ou não, poderiam solicitar o agendamento destas pacientes no Pronto Atendimento.

No levantamento efetuado observamos que 59% das pacientes foram provenientes destas regiões A e B. Se somado aos casos identificados no Pronto Socorro da instituição (2,31%) teremos o total de 61,36% dos atendimentos feitos segundo o projeto inicial. Foi observado um número expressivo de procura espontânea, tal fato se deu, no decorrer do projeto, em decorrência das diretrizes tomadas pela Diretoria, na não recusa de pacientes que procurassem agendar espontaneamente a consulta no pronto atendimento ginecológico. Essa demanda espontânea representou 21,90% das pacientes atendidas. Além disso, houve agendamento de outros locais da região, utilizando essa porta de entrada, como "triagem" de outras UBSs, sem o encaminhamento de enfermagem.

Em relação ao número cirúrgico, foram comparados os períodos de Fevereiro a Julho dos anos de 2008 e 2009, de forma a poder analisar o impacto no aumento cirúrgico, que foi de 771 para 1.063 cirurgias, ou seja, 37,8%. Observa-se que o aumento ocorreu predominantemente nas cirurgias de portes pequenos e médios, sendo esta uma das características do atendimento em nível secundário. Deve ser salientado que o número de cirurgias não corresponde ao número de pacientes, uma vez que as pacientes podem ser submetidas a mais de uma cirurgia no mesmo ato anestésico ou ainda submeter-se a dois procedimentos em datas diferentes no período levantado.

Das 1.063 cirurgias realizadas de fevereiro a julho de 2009, foram levantados 752 prontuários, onde se analisou os seguintes dados:

Registro Hospitalar, nome da paciente, data de abertura do prontuário, data da consulta no PA, data da consulta na especialidade encaminhada, data de internação, data da cirurgia, diagnóstico inicial no PA, cirurgia realizada, e o diagnóstico pós cirúrgico.

No levantamento dos prontuários das pacientes operadas, 176 apresentavam o formulário preenchido e foram levantadas as queixas das pacientes relatadas à enfermeira, ao serem questionadas.

Deve-se salientar que das 176 pacientes encaminhadas, 15,34% (27) das pacientes submetidas a cirurgia houve a confirmação de lesões precursoras de patologias malignas ou que já apresentavam patologia maligna.

O tempo médio entre as consultas da UBS e o Pronto Atendimento foi de 33 dias, e entre a consulta do Pronto Atendimento e Ambulatório de Patologia Ginecológica (PG) 35 dias, o que reflete indiretamente a questão de oferta e demanda. Já o tempo para a marcação de cirurgia média foi de 120 dias.

Na relação entre faixas etárias foi observado que as lesões precursoras e casos de câncer de colo ficaram mais prevalentes entre 20 e 45 anos, o que coincide com a literatura (VEIGA FR., 2006) enquanto as neoplasias mamárias acima dos 50 anos, consonante com a literatura nacional e internacional (GUERRA MR., 2005).

Em relação às patologias benignas notamos que a faixa etária mais prevalente para os leiomiomas foi entre 35 e 50 anos, as patologias do trato urinário acima dos 45 anos e os nódulos mamários entre os 17 e 50 anos. A análise destes dados tem sua importância podendo permitir montar uma linha de cuidado para cada uma destas patologias.

CONCLUSÕES

Este trabalho demonstra toda a importância de um gestor presente e atuante, que perceba as dificuldades do sistema como um todo. Há necessidade do conhecimento além de suas fronteiras, o entendimento da proposta macro.

A missão, enquanto servidores públicos é de oferecer o melhor padrão de assistência, e elaborar políticas públicas de atendimento condizentes com o SUS, além de incorporar a sabedoria humanitária refletindo sobre os valores de nossa educação, como ferramenta do atendimento ao público. Isso é parte do que é chamado, genericamente, de “Humanização”.

Este trabalho trouxe: planejamento organizacional; trabalho em campo com a integração de múltiplos agentes; um processo de como oferecer melhores serviços e como otimizar a produtividade hospitalar.

Referências

- MENDES, E.V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2. ed. São Paulo, HUCITEC, 1994. cap. 1, p. 19-91: As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal.
- MERHY, EE.; MAGALHÃES, HM.; RIMOLI, J.; FRANCO, TB.; BUENO, WS.; O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp, pg 126.
- NEWMAN DK – causes of incontinence and identification of risk factors in: K Managing treating urinary and incontinence – 1a ed Baltimore-Health Professions Press 2002; p 29-51
- ALVAREZ, R.B. Remission de pacientes en una unidad regional de salud. Colombia. Bol.Of.Sanit.Panam., v. 99. n.1, p.10-24, 1985.
- BRAVO, A. L. Regionalizacion: organizacion y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Bol.Of. Sanit.Panam. v. 77, n. 3, p. 231-46, 1974.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde: PREV-SAÚDE. Brasília, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de saúde [dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [acessado 2010 jan, 22]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/datasus> 48
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – Decreto 94657/87 de 20 de julho de 1987. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de Julho de 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2a ed. Brasília; 2002.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria Interministerial número 2400, de 02 de outubro de 2007.
- FRANCO, TB.; Processos de trabalho e a mudança do modelo técnico assistencial em saúde; Tese de Mestrado; Campinas (SP); Unicamp, 1999.
- FRANCO, TB.; Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde; Tese de Doutorado, Campinas (SP); Unicamp, 2003.
- JULIANI, CM; CIAMPONE, MHT.; Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do sistema único de saúde : a percepção de enfermeiros. Revista da Escola de enfermagem USP, v.33 n.4p.323-333, dez. 1999.
- MAGALHÃES JR.; GARIGLIO, M.T.; TEIXEIRA, O.G.S. et al.; Proposta de estruturação da atenção secundária para o SUS-BH.; Belo Horizonte, SMSA/BH, 2002. (mimeo).
- MERCADANTE OAET AL. Descentralizacion y municipalizacion de los servicios de salud em São Paulo, Brasil. Bol. f Sanit PAnam 116: 381-396, 1994
- GUERRA, MR., GALLO, CVM., MENDONÇA, GAS., Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes; Revista Brasileira de Cancerologia, 51(3); 2005
- GUTERREZ, MR. Sistema Único de Saúde e Demanda ambulatorial – Os pacientes dos Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, revista medicina Ribeirão Preto, 31: 81-98, jan/mar 1998
- MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Públ., v. 9, n. 2, p. 177-84, 1993 49
- MÜLLER NETO, J.S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Saúde Deb., n. 31, p. 54-66, 1991
- OLIVEIRA, J.A.de A.; TEIXEIRA, S.M.F. (Im) Previdência social: 60 anos de história da previdência social no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1985
- LAURENTI, 2001. Medindo a Mortalidade Materna, disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_mort_matern.pdf
- LOBO, L.C.G. Sistema de saúde: análise e propostas. Educ.Med.Salud, v. 20, n. 2, p. 222-34, 1986.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – Protocolos assistência médica em ginecologia para a região Norte do Município de São Paulo, 2005. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretaria/saude/saude_da_mulher
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO – Secretaria Municipal de Planejamento (SEMPA), disponível em: <http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/iniciatividade/>
- RIBEIRO, JM.; Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. Clínica & Saúde Coletiva. 14(3): 771-782, 2009.
- ROCHA, J.S.Y. O movimento da reforma sanitária no Brasil. Prey. Dados, v. 3, n. 2, p. 5-11, 1986.
- SOUZA, MKB; MELO, CM. Atuação de enfermeiras macrofunções gestoras em saúde. p.198* Revista enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun;17(2):198-02
- THEME-FILHA MM, SILVA RI, NORONHA CP. Mortalidade materna no Município do Rio de Janeiro, 1993-1996. Cadernos de Saúde Pública 1999;15(2):397-403
- VEIGA, FR., RUSSOMANO, F., CAMARGO, MJ., Prevalência das lesões intra-epiteliais de alto grau em pacientes com citologia com diagnóstico persistente de ASCUS; Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia, volume 28; no 2; Rio de Janeiro, 2006

Indicadores Assistenciais

P_101_2011 - O Protocolo Institucional de Manipulação Mínima no Recém-Nascido Pré-Termo de Muito Baixo Peso e seu Impacto no Indicador Assistencial da Fisioterapia.

Raphaella Ferreira Cintra, Lucimeire de Fátima Cortinovis Vieira, Edna Yaemi Hirota, Renata Fukugava

Resumo: Objetivos: Demonstrar os valores de indicador de qualidade da fisioterapia para gerenciar ocorrências, avaliar medidas de melhoria e verificar os cuidados na prevenção das obstruções de cânula orotraqueal. **Métodos:** Análise retrospectiva, através de arquivos da fisioterapia e banco de dados institucionais de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. **Resultados:** Analisados 407 recém-nascidos prematuros extremos durante o período de dois anos, com ocorrência de dez trocas de cânula por obstrução de secreção, nesse mesmo período. **Conclusão:** O trabalho de uma equipe multidisciplinar em conjunto e a monitorização adequada permitem que se cumpram as recomendações do protocolo na unidade neonatal.

Palavras-chave: Indicador; Fisioterapia; Prematuridade; Protocolo; Manipulação Mínima.

INTRODUÇÃO

Com o aumento do número de nascimentos de recém-nascido pré termo (RNPT) extremo, fez-se necessário a gestão de procedimentos e a criação de protocolos nas unidades de terapia intensiva (UTI s) Neonatais.²

Os recém-nascidos (RN's) são manipulados várias vezes ao dia, na maioria das vezes sem agrupamento de procedimentos que, além de muito cansativos, interrompem seu sono, desencadeando estresse.²

Quanto mais prematuro for o recém-nascido (RN), maior será a incidência de problemas como desconforto respiratório, infecções, hemorragia intracraniana, crises de apnéia, entre outros.²

Apesar dos avanços nas áreas de ventilação mecânica, diálise, terapia antimicrobiana e monitorização hemodinâmica muitas vezes o conhecimento vigente não é adequadamente traduzido para a prática. Diversos estudos demonstram que a não adesão a padrões de tratamento estão associadas à mortalidade e morbidade. A implementação de iniciativas de qualidade melhorando os cuidados a pacientes e sua segurança são objetivos necessários.³

Um dos protocolos médicos existentes na unidade de terapia intensiva neonatal do hospital, refere-se à manipulação mínima de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso.

Esse protocolo tem como objetivos diminuir a morbidade neonatal em recém-nascido pré-termo de muito baixo peso (RNPT MBP); diminuir a incidência de hemorragia intracraniana (HIC); diminuir a incidência de infecção neonatal e diminuir o nível de estresse para RNPT MBP na UTI neonatal.¹

Com relação à manipulação respiratória, recomenda-se nesse protocolo institucional, não realizar aspiração de rotina, evitar o uso do AMBÚ®, manter adequada umidificação e aquecimento do circuito de ventilação, cuidados com aumento de fração inspirada de oxigênio (FiO₂), não realizar manobras fisioterapêuticas e solicitar avaliação e autorização médica para realizar as intervenções necessárias nas primeiras 72 horas de vida do recém-nascido.¹

A aspiração endotraqueal de secreções é um procedimento realizado com o intuito de remover as secreções que se acumulam nas vias aéreas. Classicamente é realizada com a desconexão entre o paciente e ventilador mecânico, seguido pela introdução de um cateter de sucção no interior do tubo endotraqueal. Esse procedimento gera hipoxemia nos pacientes ventilados mecanicamente, o que pode ser prevenido através do uso de um sistema de aspiração fechado.⁴ No setor da neonatologia do hospital é usado de rotina para todos os recém-nascidos intubados o sistema de aspiração fechado.

Junto com a preocupação em gerenciar todos os fatores que influenciam na qualidade do atendimento prestado ao paciente, vieram os indicadores de qualidade.⁵

Indicadores são instrumentos elaborados e usados para avaliar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos.⁵

Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente.²

O indicador assistencial discutido nesse trabalho refere-se à incidência de troca de cânula orotraqueal por obstrução de secreção. Esse indicador contabiliza o número de trocas de cânula orotraqueal de todos recém-nascidos internados na UTI neonatal, porém é possível, através de banco de dados armazenados, verificar de todos recém-nascidos contabilizados quais deles podem ser incluídos no protocolo.

OBJETIVOS

- Demonstrar os valores de indicador de qualidade criado pela fisioterapia para gerenciar as ocorrências, avaliar medidas de melhoria e melhorar a assistência ao paciente.
- Verificar os cuidados tomados na prevenção das obstruções de cânula orotraqueal, do RN muito baixo peso submetido ao protocolo de manipulação mínima.

JUSTIFICATIVA

Uma das principais características dos recém nascidos prematuros é a imaturidade de todos os órgãos e sistemas, como consequência disso temos um recém-nascido com grande instabilidade hemodinâmica e muito susceptível a complicações.

Desta forma as instituições buscam criar protocolos e indicadores de qualidade, que direcionem as pessoas envolvidas nos cuidados aos pacientes para padronização e melhoria na assistência.

Assim apresentaremos os valores do indicador, salientando o sucesso de um trabalho de equipe multidisciplinar, na segurança para prevenção de seqüelas ao recém-nascido.

MÉTODO

Análise retrospectiva, feita através de arquivos da fisioterapia e banco de dados institucionais no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Foram analisados 138 recém-nascidos abaixo de 1250 gramas que estavam submetidos à intubação orotraqueal (IOT) durante as primeiras 72 horas de vida, na UTI neonatal do Hospital, sendo 127 RN's com sobrevida superior à 72 horas, 5 RN's com até 48 horas/vida e 6 RN's com até 24 horas de vida.

Esses valores foram transformados em RN/dia totalizando 397 pacientes intubados/mês.

Foram anotados todos os episódios de troca de cânula dos RN's durante o período da internação, sendo separados como troca por obstrução de secreção e troca por outros motivos. Posteriormente foram separados os casos que ocorreram com os RN's durante o período da manipulação mínima. Todas as ocorrências foram descritas no relatório de análise crítica da instituição.

O valor do indicador foi obtido através do número total de pacientes intubados/mês (número de ocorrências / 100)

A meta estabelecida para o serviço é $\leq 0,5\%$ de incidência.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Através do banco de dados da fisioterapia, levantamos um total de 5552 RN's IOT/mês, destes 2683 no ano de 2009 e 2869 em 2010. Porém apenas 397 RN's se enquadraram nos critérios de RNPT MBP IOT/mês, sendo 194 em 2009 e 203 em 2010. Como pode ser verificado no gráfico abaixo.

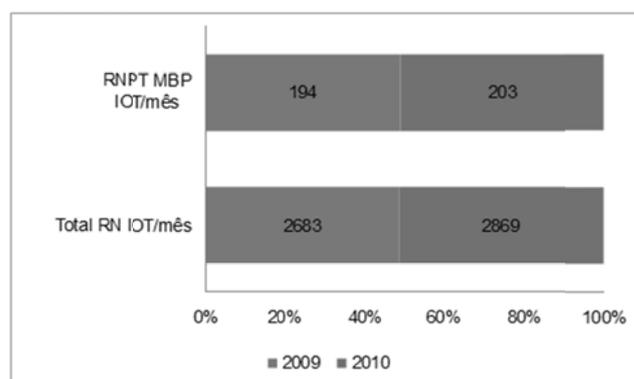


Fig. 1: Total de RN's intubados X total de RN's do protocolo de manipulação mínima.

A análise dos dados nos permite verificar que no período definido, os RNPT MBP que se enquadram no protocolo de manipulação mínima da instituição representam 7,23% do total de RN's submetidos à IOT/VM durante o ano de 2009 e 7,08% no ano de 2010. Conforme Fig. 2.

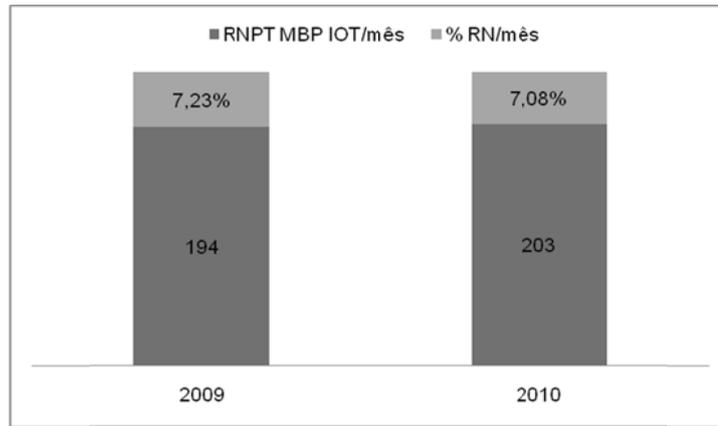


Fig. 2: RNPT MBP incluídos no protocolo de manipulação mínima.

Verificamos 10 ocorrências de troca de COT por obstrução de secreção, sendo seis em 2009 e quatro em 2010. Destas, apenas quatro episódios ocorreram durante o período da manipulação mínima, dos quais 1 (um) ocorreu no ano de 2009 e 3 (três) ocorreram durante 2010. O gráfico abaixo demonstra esses valores.

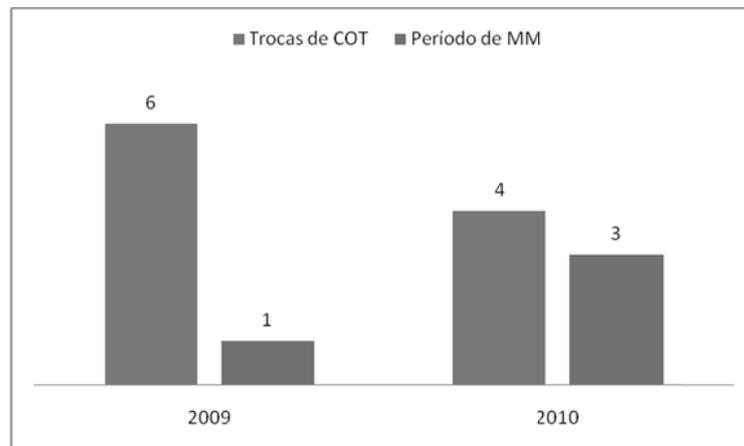


Fig.3 Ocorrência de troca de COT no período de manipulação mínima em 2009 e 2010.

Os gráficos dos indicadores de qualidade “Incidência de troca de cânula endotraqueal por obstrução de secreções” dos anos de 2009 e 2010 mostram as metas mantidas no decorrer dos anos. Conforme fig.4 e 5 a seguir.

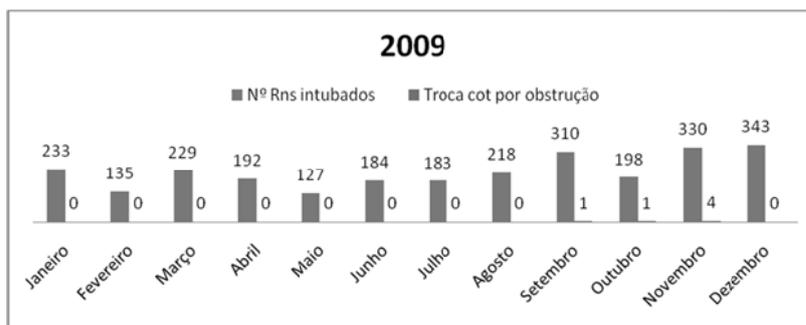


Fig.4. Demonstrativo de trocas de COT em 2009.

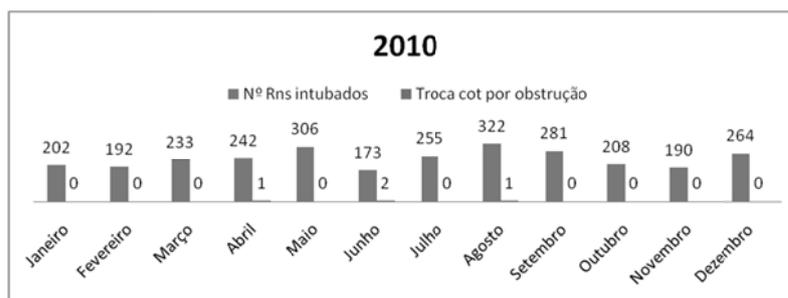


Fig. 5 Demonstrativo de trocas de COT em 2010.

Durante os anos de 2009 e 2010 observa-se uma baixa incidência de troca de cânula por obstrução de secreção durante o período de manipulação mínima. Pode-se verificar nesses dois anos, que as causas das trocas ocorreram por motivos variados, como obstrução durante administração de surfactante, recém nascido secretivo porém

sem autorização médica para manipulação, obstrução de cânula com calibre muito pequeno (mais susceptível a formação de “rolha”). A constante avaliação das equipes envolvidas nos cuidados direto aos recém-nascidos, como avaliação clínica, monitorização adequada, umidificação e aquecimento do sistema de ventilação, previnem a ocorrência frequente de obstrução de cânula por secreções, mostrando que pode-se trabalhar, seguindo o protocolo de manipulação mínima, com segurança respeitando os critérios definidos pela instituição.

Referências

- Protocolo de Manipulação Mínima da UTI Neonatal do Hospital e Maternidade São Luiz – Unidade Itaim. Criado em 25/10/2005.
 Sousa M. W. C. R. Quantificação das manipulações em RNPT em UTI: Uma proposta de elaboração de protocolo. *Conscientiae Saúde*, 2008; 7 (2): 269-274.
 Bittar O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Ver Ass Med*, 2001; 3 (12): 21-28.
 Sarmento, G. J. V. O ABC da fisioterapia respiratória. Ed. Manole. 2009; 1ª Ed.; (9): 125-126.
 Correa, I. R. S.; Caixeta, L. R. Barros, T. B. Indicadores de qualidade do serviço de enfermagem. *Adm. Enfermagem*. 2009; UNIUBE. Em www.webartigos.com Pesquisado em 18/01/2011.

Indicadores Assistenciais

P_102_2011 - Efeitos da Intervenção no Processo de Terapia Nutricional

Angélica Moitinho Rodrigues de Souza, Rosemeire Lima Lessi, Débora Pazin Leão, Sandra Adas, Daniele Dal Médico, Juliana Stockl Figaro

Resumo: A Nutrição Enteral é a primeira opção de escolha para a prevenção de desnutrição hospitalar, na impossibilidade da ingestão oral. O estudo demonstrou que o treinamento da equipe para a utilização da Terapia Nutricional Enteral, acompanhado da gestão do processo, permite a aplicação da melhor tecnologia, sem impacto financeiro.

Palavras-chaves: Nutrição Enteral, Não Infusão, Treinamento, Sistema Fechado.

Introdução

A Resolução RDC Nº 63/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA), define nutrição enteral (NE) como sendo: “(...) alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada e combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializada ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.”

A difusão da terapia nutricional enteral (TNE) se deve à precocidade na indicação de seu uso, sendo a primeira opção de escolha na prevenção da desnutrição hospitalar, na impossibilidade de se implementar a ingestão oral (MATSUBA, 2003).

Estudos demonstram que a desnutrição hospitalar é a responsável direta por maiores índices de morbidade e mortalidade (BRAUNSHWEIG, et al., 2000; HEYLAND et al., 2003). Conseqüentemente, o impacto dessa situação é o maior custo para o sistema de saúde (NIGHTINGALE et al., 1996; TAN et al., 1992).

Apesar do notável avanço ocorrido nos últimos trinta anos, os cuidados aos pacientes graves continuam sendo o maior desafio para todos os profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (VASCONCELOS et al., 2002).

Entre os avanços tecnológicos no tratamento de pacientes graves internados em UTI, o suporte nutricional pode ser apontado como uma das importantes inovações da medicina no século XX pelo seu potencial para interferir no curso das doenças, atuar em mecanismos patogênicos ou estimular a resposta imunológica (MATSUBA, 2003).

Contudo, não se trata do acesso a esta tecnologia, mas gestão deste recurso, para alcançar melhores resultados.

Estudos econômicos em Saúde fornecem ferramentas aos administradores para o gerenciamento dos procedimentos adotados, tomada de decisões administrativas, determinação de novos métodos de trabalho, elaboração de treinamento de pessoal, entre outros (SILVA & MURA, 2007).

Justificativa

No final do ano de 2007, a partir da percepção do volume elevado de sobra de NE, a equipe de Nutrição Clínica realizou um levantamento retrospectivo do volume não infundido ao paciente naquele ano.

Detectou-se que a maior concentração de utilização e retorno estava na UTI Adulto, o que poderia ampliar a proporção do problema tendo em vista a ampliação de 07 para 20 leitos, prevista para dezembro.

Diante do exposto, foram definidas estratégias de intervenção no processo de dispensação e infusão, com o acompanhamento do volume de retorno da NE, na UTI Adulto.

Objetivo

Demonstrar a importância do treinamento de equipe e gestão no processo de nutrição enteral, para melhor aproveitamento dos recursos disponíveis.

Metodologia

a. Coleta de dados

Em novembro de 2007 foi realizado o levantamento retrospectivo de dados do retorno de nutrição enteral (NE) não infundida na UTI Adulto.

Para fins de contabilização de dados, foram considerados os frascos de dietas desprezados no expurgo da Unidade pela enfermagem, com volume de sobras superiores a 50 ml.

Os frascos eram recolhidos pela equipe da nutrição e levados ao lactário onde passavam por triagem, sendo verificado o volume da sobra de NE, o horário da infusão e a causa deste retorno.

b. Intervenção

As primeiras ações foram reorientar, pontualmente, a equipe de enfermagem no preenchimento das informações de não infusão no rótulo do frasco, para melhor qualificar as causas do problema e sensibilizar a equipe quanto à importância da atuação multiprofissional para a seqüência do trabalho.

Após o compartilhamento das taxas de retorno de NE com a gestão local, foram definidas as seguintes intervenções:

Criação, no início de 2008, de indicador de percentual do volume de retorno de dieta enteral. Os resultados eram divulgados mensalmente em reuniões da Equipe Multiprofissional e com a gestão local.

Treinamento formal, em outubro de 2008, aplicado pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) para todos os profissionais de enfermagem da UTI adulto. O treinamento abordou aspectos importantes da NE: prevenção da desnutrição hospitalar, importância da TNE no tratamento do paciente em terapia intensiva, além da necessidade de melhor uso do recurso.

Incorporação do indicador acima ao painel dos Indicadores Estratégicos da Instituição (BSC), ampliando o escopo dos dados para todo o hospital.

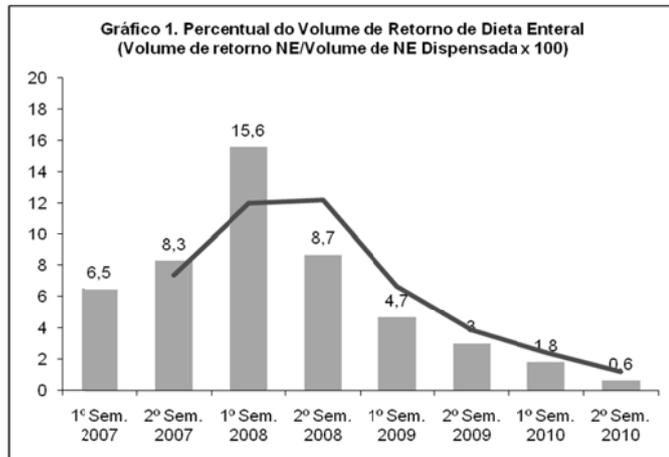
Acompanhamento do processo de melhoria através da ferramenta PDCA.

Participação da EMTN, a partir de março de 2009, na integração de novos colaboradores da equipe de Enfermagem, com apresentação dos conteúdos ministrados nos treinamentos.

Introdução da tecnologia de sistema fechado de infusão da NE, em março de 2010, com treinamento de toda a equipe de supervisão da enfermagem para o manuseio deste sistema, tornando-a multiplicadora para as equipes de enfermeiros assistenciais e técnicos.

Auditorias diárias, pela equipe de Nutrição, iniciada em julho 2010, em todos os pacientes com TNE, possibilitando intervenções precoces.

Resultados e Discussão

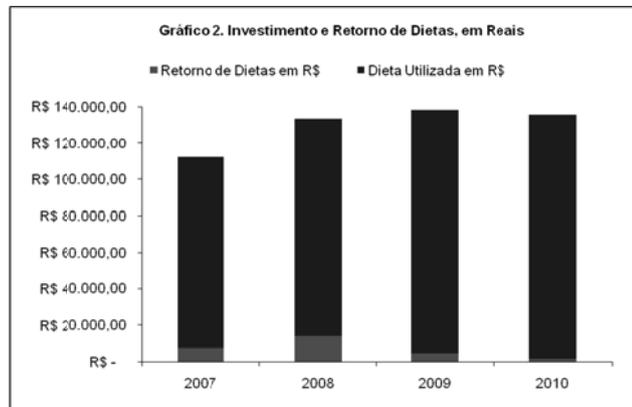


Fonte: Nutrição-HGIS

Até o primeiro semestre de 2008 havia uma tendência de crescimento das sobras de dietas, demonstrando que a ampliação do número de leitos da UTI Adulto, com incremento significativo de pessoal pode ter contribuído para o aumento do retorno das dietas. Uma vez que estes novos colaboradores precisavam ser sensibilizados e treinados sistematicamente para o uso racional da NE.

Diante deste cenário, foi elaborado um treinamento mais específico, com carga horária mínima para garantir que os principais conteúdos relacionados à TNE fossem contemplados adequadamente.

A partir dos dados de 2009, verificamos que este treinamento e a abordagem deste na integração dos novos colaboradores de enfermagem mostraram-se eficazes.



Fonte: Nutrição-HGIS

A introdução do sistema fechado de infusão da NE resultou em maior segurança, agilidade, qualidade e economia para o processo, além de diminuir o volume de retorno. Esta diminuição deve-se, principalmente, ao maior tempo de validade após o início da infusão, minimização de sobras nas pausas (não infusão) e possibilidade de devolução ao estoque quando não utilizada, já que permite o armazenamento em temperatura ambiente.

O sistema fechado melhorou o trabalho da Nutrição, pois dispensou a manipulação prévia, permitiu a redução da frequência de dispensação para dois turnos, enquanto que no sistema aberto eram necessários de seis a oito turnos, devido ao menor tempo de validade da dieta.

	2007	2008	2009	2010
Dieta Utilizada R\$	R\$ 104.482,80	R\$ 119.547,65	R\$ 133.595,10	R\$ 134.121,45
Retorno Dieta R\$	R\$ 7.665,00	R\$ 13.855,67	R\$ 4.760,32	R\$ 1.629,00
Investimento R\$	R\$ 112.147,80	R\$ 133.403,32	R\$ 138.355,42	R\$ 135.750,45

Tabela 1. Investimento e Retorno de Dieta, em Reais

Fonte: Nutrição-HGIS

O aumento do valor investido em NE em 2008 deve-se à ampliação de leitos e, por conseguinte, ao número de pacientes, já que cerca de 90% dos internados nesta unidade utilizam esta dieta.

Todo este esforço multiprofissional resultou em melhor utilização do recurso de TNE, pois há uma significativa queda no valor em reais do retorno da dieta (34,3%, entre 2008 e 2009) ainda que não tenhamos diminuído o valor investido.

A introdução do sistema fechado, ao contrário do que se imagina, não significou maior investimento financeiro. Na Tabela 1, estão expressos somente o custo da dieta e dos frascos, uma vez que neste trabalho optamos por não quantificar as horas destinadas ao manuseio e envase do sistema aberto, o que teria maior significado no valor economizado.

Vale ressaltar, que a opção pelo sistema fechado foi garantir maior segurança para o paciente, já que minimiza riscos de contaminação.

Conclusão

O treinamento iniciado na unidade e ampliado para todos os colaboradores de enfermagem ingressos na instituição e a gestão do processo no período foram eficazes para a redução do volume de retorno de NE, com conseqüente racionalização do uso deste recurso.

Referências

BRAUNSHWEIG, C.; GOMEZ, S.; SHEENN, P. M. Impact of declines in nutrition status on out in adult patients hospitalized for more than 7 days. *J. Am. Diet Assoc.* v.100, p. 1316-1322, 2000.

HEYLAND, D.K.; DHALIWAL, R.; DROVER, J. W. et al.; CANADIAN CRITICAL CARE CLINICAL PRACTICE GUIDELINES COMMITTEE. Canadian clinical practice guidelines for nutrition mechanically ventilated, critically ill adult patients. *J. Parenter Enter. Nutr.*, v.27, p.355–373, 2003.

NIGHTINGALE, J.M.; WALSH, N.; BULLOCK, M.E. et al. **Three simple methods of detecting malnutrition on medical wards.** *J. R. Soc. Med.*, v.89, p. 144-148, 1996;

TAN, Y.S.; NAMBIAR, R.; YO, S.L. **Prevalence of protein calorie malnutrition in general surgical patients.** *Ann. Acad. Med. Singapore*, v.21, p.334-338, 1992.

EISENBERG, J.M. Clinical economics – a guide to the economic analysis of clinical practices. *JAMA*, v.262, p. 2879-2886, 1989

ANVISA - Resolução - RDC nº 63, de 6 de julho, 2000.

Vasconcelos MIL, ET AL. Aspectos atuais na terapia nutricional de pacientes na unidade de terapia intensiva. *Ver Brás Ciênc Farm* 2002; 38 (1) pg 23-32.

Matsuba CST. Obstrução de sondas nasoenterais em pacientes cardiopatas [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

SILVA, S.M.C.S; MURA, J.D.P. *Tratado de Alimentação, Nutrição & Dietoterapia*. ROCA. p. 908, 2007

Qualidade e Segurança

P_103_2011 - Avaliação das condições de saúde e nutricional do profissional que atua em hospital público

Maria Angela Pssos Sartin, Maria Angela de Souza

Resumo: Projeto realizado com os colaboradores do Hospital Municipal Irmã Dulce – Praia Grande no período de 13 a 17 de setembro de 2010, visando conhecer o estilo de vida e as suas condições de saúde através da aferição da Pressão Arterial, levantamento do Índice de Massa Corpórea e da coleta dos seguintes exames: Hemograma completo, TGO/TGP, Colesterol total e frações, Triglicérides e Glicemia.

Palavras-chave: Saúde, nutrição, profissional, cuidador, prevenção, qualidade

Introdução

O trabalho em saúde impõe aos profissionais da área uma rotina carregada de alto grau de tensão que envolve toda a equipe. Trânsito intenso de pessoas, sons variados, queixas constantes, odores nem sempre agradáveis, ansiedade, fortes emoções e sucessivos plantões constituem o cotidiano da maioria desses profissionais e, em particular, a do enfermeiro. Segundo REMEN (1993, p.180):

“Um profissional de saúde é uma pessoa que sofreu profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência; são pessoas diariamente expostas à dor, à doença e à morte, para quem essas experiências não são mais conceitos abstratos, mas sim, realidades comuns. De muitas maneiras, é como estar sentado na poltrona da primeira fila no teatro da vida, uma oportunidade inigualável para adquirir um profundo conhecimento e maior compreensão da natureza humana”.

Às inúmeras atribuições a serem aprendidas pelo profissional da saúde, somam-se as expectativas frente à liderança, humanização da assistência, competência, motivação e desenvolvimento de relações terapêuticas. Nesse sentido, o cuidado com o profissional que cuida é imprescindível sob vários aspectos.

Na área corporativa, cuidar do cuidador reflete a preocupação do gestor com seus colaboradores, seus funcionários. Sentindo-se amparado sob uma instituição que com ele se preocupa, onde não se veja como uma peça nas engrenagens de vários serviços, o funcionário tem elevada sua autoconfiança e a própria estima. Como resultado, colhemos motivação e engajamento.

Na área assistencial, um funcionário saudável lida melhor com os desafios contínuos da área da Saúde Pública, principalmente aqueles que atendem diretamente os clientes do Hospital. Para ouvir pacientemente, sorrir frequentemente e ser cordial também é preciso, além de educação, estar bem no âmbito físico e emocional.

Objetivos

Com o objetivo de conhecer e melhorar a qualidade de vida dos colaboradores do HMID, como uma medida de prevenção de doenças, a diminuição do número de absenteísmo e a melhoria das condições de trabalho.

Justificativa

No último ano observamos um significativo aumento do número de absenteísmo por motivos de saúde e também muitos colaboradores com peso acima do limite adequado para uma vida saudável.

A obesidade é considerada uma das mais graves doenças que a humanidade terá que enfrentar no século XXI. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), trata-se de uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que causa muitos prejuízos à saúde como hipertensão, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, que são a primeira causa de morte no mundo. Mais de um bilhão de pessoas no mundo têm excesso de peso e esse número poderá chegar a 1,5 bilhão antes de 2015, prevê a OMS. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cresce o número de obesos. Conforme dados divulgados, a frequência do excesso de peso atinge 40,6% da população adulta.

Considerando estas estimativas, se fez necessário a avaliação de nossos colaboradores. Idealizado pela Gerência Administrativa, responsável pelo RH da instituição e realizado pela equipe de Gestão de Pessoas, foi desenvolvido o Projeto Cuidando do Cuidador, que teve como proposta um levantamento do estilo de vida e as condições de saúde e posterior medidas que proporcionem a diminuição de suas enfermidades, melhorando seu desempenho pessoal e profissional, medidas estas de máxima importância para a instituição que tem como valor prestar assistência qualificada e humanizada a seus clientes.

Método

Através de um questionário sobre estilo de vida, prevenção de doenças e condições de saúde e, junto uma pesquisa de satisfação profissional distribuído aos colaboradores, o projeto foi iniciado. A entrega do questionário e da pesquisa eram requisitos para que o colaborador pudesse passar para a fase seguinte das consultas e da coleta dos exames.

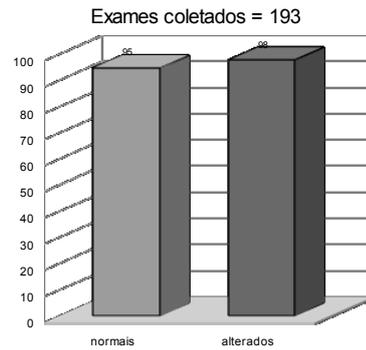
O evento aconteceu em três fases consecutivas: primeiramente o colaborador passou por um consultório onde o enfermeiro aferiu a pressão arterial e averiguou os batimentos cardíacos. Em seguida, passou por outro consultório onde o auxiliar de enfermagem fez a coleta de sangue para os exames solicitados (Hemograma completo, TGO/TGP, Colesterol total e frações, Triglicérides e Glicemia). O colaborador foi orientado para que viesse em jejum de 8 horas para a coleta de glicemia. E, por último, passou em outro consultório com presença das nutricionistas da empresa terceirizada, fornecedora da alimentação aos pacientes e funcionários do hospital, para verificação do peso e altura para o cálculo do Índice de Massa Corpórea – IMC.

O horário adotado foi das 07:h00 às 15:h00, para que todos os turnos de trabalho pudessem ser contemplados. Os colaboradores do plantão noturno puderam fazer seus exames no final de sua jornada e os que chegavam para o turno da manhã faziam a coleta ao chegar. Para os colaboradores que fazem o horário da tarde, também puderam fazer os exames ao iniciar a sua jornada. Para os colaboradores do setor administrativo – período de 8 horas – puderam escolher o horário que melhor conviesse ao seu trabalho.

A adesão ao evento foi espontânea, não havendo qualquer obrigatoriedade por parte da chefia, apenas a orientação da importância da participação.

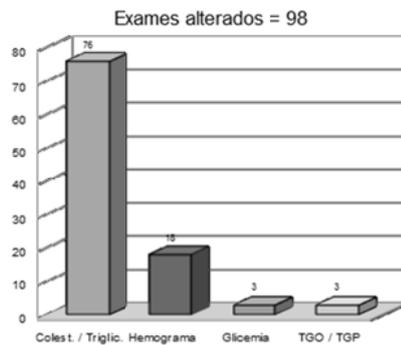
Resultados

Tivemos uma adesão de 193 colaboradores representando 55% do total de funcionários ativos do hospital.



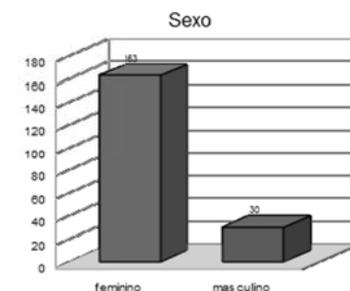
Observou-se que dos 193 exames coletados, 98 tiveram os resultados alterados – representando 50,77% do total e 95 exames apresentaram os resultados normais, totalizando 49,23%. Vide Ilustração 1

Ilustração 1 - Fonte: HMID



Dos exames alterados, 76 apresentaram alto índice de Colesterol e Triglicérides, representando 77,55% dos casos, 18 de Hemograma, representando 18,37%, 3 de Glicemia e 3 de TGO/TGP, fazendo 3,06% cada um deles. Vide ilustração 2.

Ilustração 2 - Fonte: HMID



Quanto ao sexo, 163 colaboradores são do sexo feminino, o que equivale a 84,45% e 30 são do sexo masculino, representando 15,55% do total. Vide ilustração 3.

Ilustração 3 - Fonte: HMID

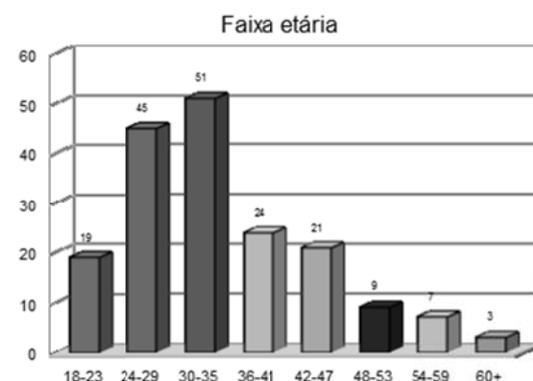
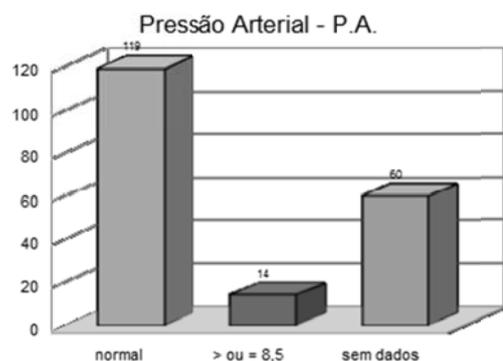


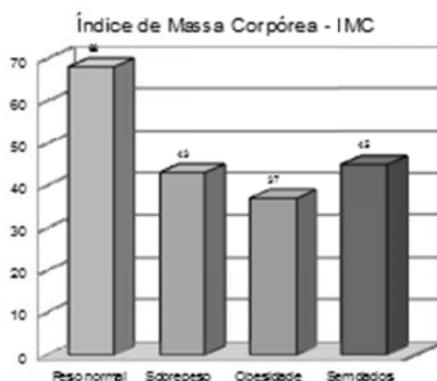
Ilustração 4 - Fonte: HMID

Quanto à faixa etária, encontramos 51 colaboradores com a idade entre 30-35 anos, equivalendo a 28,49%, 45 colaboradores entre 24-29 anos, perfazendo 25,14%, 24 colaboradores estão entre a faixa etária de 36-41 anos, representando 12,43% do total, 21 entre 42-47anos, 10,88% do total, 19 colaboradores estão na faixa entre 18-23 anos, equivalendo a 9,8% do total, 9 entre 48-53 anos (4,66%), 7 entre 54-59 (3,62%) e 3 acima de 60 anos (1,55%do total). Constatou-se que os nossos colaboradores são jovens e se encontram, em média, na faixa de 24 a 35 anos. Vide ilustração 4.



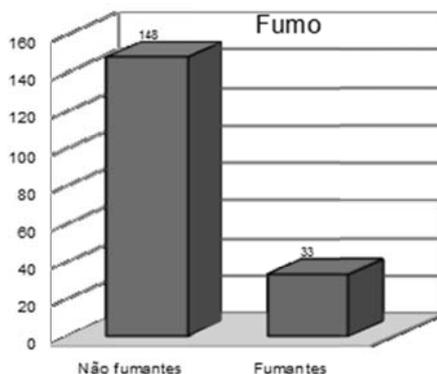
Quanto à Pressão Arterial aferida, notou-se que 119 colaboradores apresentaram a P.A. normal, representando 61,66% dos casos, 14 apresentaram a pressão alterada $> \text{ou} = 8,5$ e $> \text{ou} = 13,5$ - representando 7,25% e 60 não aferiram a P.A., perfazendo um total de 31,09%. Vide ilustração 5.

Ilustração 5 - Fonte: HMID



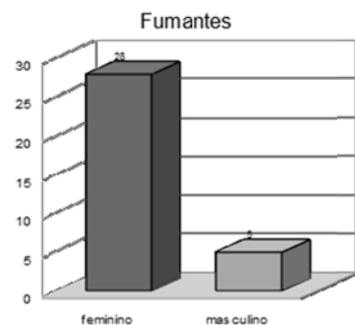
Quanto ao Índice de Massa Corpórea - IMC, notou-se que 68 colaboradores apresentaram peso normal, representando 45,95% do total, 43 apresentaram sobrepeso, representando 29,05% e 37 apresentaram obesidade, perfazendo 25,00% do total. Verificamos 33 colaboradores que não fizeram o IMC, representando 18,00%.

Ilustração 6. Ilustração 6 - Fonte: HMID



Com relação ao fumo encontramos 148 colaboradores não fumantes, perfazendo 81,77% do total e 33 colaboradores fumantes, sendo 18,23% do total. Ilustração 7

Ilustração 7 - Fonte: HMID



Do total dos fumantes 28 são do sexo feminino – 84,8% e 5 fumantes são do sexo masculino – 15,2% do total.

Ilustração 8 - Fonte: HMID

Conclusão

Podemos concluir que nossos colaboradores são jovens: faixa etária entre 24 a 35 anos (54%); a maioria do sexo feminino (84%); com relação ao Índice de Massa Corpórea a maioria encontra-se entre a obesidade e sobrepeso (54%); dos exames coletados 51% estão alterados e, do total dos exames alterados, 78% são casos de índices de colesterol e triglicérides elevados; com relação a P.A. aferida 89% estão dentro da normalidade.

Com este levantamento consideramos que nossos colaboradores, embora sendo jovens, já se encontram dentro de uma faixa de risco para enfermidades como hipertensão, diabetes, cânceres, doenças cardiovasculares entre outras doenças crônicas se não fizerem rapidamente uma prevenção adequada.

Concluimos que as instituições de saúde devam dar atenção especial ao seu profissional, que, embora esteja cuidando da saúde dos pacientes, não cuida de sua própria saúde e não trabalha a prevenção. Não está incutido no profissional da saúde a ideia de prevenção de doenças e promoção de sua própria saúde, portanto se faz necessário cuidar do cuidador.

Considerações finais

Com relação a esta constatação, implantamos uma outra ação. Programamos uma série de palestras sobre alimentação saudável com as nutricionistas da instituição. As palestras aconteceram também em três horários distintos para que colaboradores de todos os turnos pudessem participar.

No dia da palestra foi oferecida a possibilidade do colaborador aderir a uma dieta balanceada em nosso refeitório, através de um termo de compromisso, com validade de um mês. O colaborador terá um cartão diário que servirá para o controle e validação das refeições consumidas no refeitório, para a avaliação final e também para que ele possa dar continuidade a sua dieta, conforme sua frequência no mês.

Tivemos uma adesão de 49% do funcionários com os exames alterados ou com sobrepeso/obesidade à dieta proposta pela empresa fornecedora das refeições da instituição, número considerado bom, visto que boa parte do profissional da enfermagem (maior número dentro do nosso quadro de funcionários) fazem turno de 6 horas e não se alimentam em nosso refeitório.

Para que a dieta pudesse ser complementada com atividade física, a instituição disponibilizou um espaço para montagem de uma academia.

Após uma avaliação final constatamos que o resultado foi muito bom, tivemos o apoio e divulgação da imprensa local, que deu atenção especial e também adesão dos funcionários que reconheceram a importância do cuidado com a sua própria saúde e, tudo com custo baixo para a instituição.

Referências

- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
 REMEN, R. N. *O paciente como ser humano*. Trad. de Denise Bolanho. São Paulo, Summus, 1993.
 WALDOW, V.R. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre, Sagra. 1998
 Citações do trabalho da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
 Site: <http://www.oms.org/>

Acreditação

P_105_2011 - Acreditação Hospitalar: A Comunicação como Ferramenta de Viabilização de Processos e Segurança do Paciente

Fábio Campos Aguiar, Vera Lúcia Peixoto Mendes

Resumo: Este artigo objetiva discutir a importância da Comunicação na Acreditação Hospitalar e segurança do paciente. Realizou-se estudo qualitativo, descritivo, com revisão bibliográfica e estudo de caso, utilizando-se entrevistas com informantes-chave para coleta de dados, em dois hospitais baianos. Os resultados indicam que mesmo favorecendo a segurança do paciente e viabilizando os processos, a Comunicação ainda é entendida como uma atividade de menor importância. Os resultados deste trabalho visam a contribuir com esta área do conhecimento ao possibilitar uma análise dos efeitos de uma política de Comunicação orientada à Acreditação como veículo para o sucesso da iniciativa e segurança do paciente.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar, Segurança do Paciente, Comunicação, Informação.

INTRODUÇÃO

Acreditação hospitalar é o procedimento de avaliação dos recursos organizacionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso que objetiva assegurar a qualidade da assistência mediante seguimento de padrões previamente estabelecidos. Estes padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou a base) ou mais sofisticados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação, e objetivam manter a organização hospitalar à frente dos últimos progressos técnicos (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Desta forma, empreende-se um trabalho de análise dos processos para verificar se a organização consegue ou não atingir níveis de qualidade aceitos como desejáveis na prestação de todos os serviços.

Inicialmente são descritos os procedimentos adotados pela organização hospitalar que se prepara para ser avaliada no sentido de obter a Acreditação, considerando que o comprometimento com a Comunicação e com a Informação é parte fundamental no planejamento estratégico orientado à Acreditação. Posteriormente, destacam-se a importância da Acreditação e comunicação na segurança do paciente, apresentando-se os resultados do estudo empírico.

Quando uma organização prestadora de serviços de saúde inicia o processo de Acreditação, indica a sua responsabilidade e o seu compromisso com segurança e com a ética envolvidas nos procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade no atendimento aos pacientes/usuários, seus familiares, equipe de saúde, fornecedores e demais parceiros, observando-se desde já a importância da Comunicação.

Conforme Nassar (2004) é a partir da Comunicação que se desenvolvem os demais processos organizacionais, pois esta se relaciona diretamente com a organização do trabalho, permitindo a realização de seus objetivos. Esta idéia encontra, ainda, suporte na teoria de Bittar (2000), para quem a Comunicação é fator de viabilização dos processos, demandando assim, a coleta e a divulgação constantes de informações decorrentes de fluxos previamente definidos, banco de dados alimentados e canais abertos de Comunicação com o público, sendo estas atividades consideradas pelo autor como indispensáveis ao sucesso nos Processos de Acreditação.

Parte-se do pressuposto de que o sucesso no Processo de Acreditação Hospitalar demanda profundas modificações na cultura organizacional deste tipo de organização, e que a Comunicação figura entre alguns dos atributos culturais de uma organização que contribuem para a segurança do paciente (MALIK, 2008).

Dentre todas as organizações prestadoras de serviços de saúde, o Hospital é, sem dúvida, a mais complexa de todas, em razão da existência de processos paralelos de produção: o assistencial e o administrativo (MENDES, 1994), e da extensa rede de atividades e serviços que engloba: hotelaria com serviços de lavanderia, nutrição, segurança patrimonial, etc., e serviços assistenciais como: centros cirúrgicos, centros de materiais esterilizados, ambulatórios farmácia, dentre outros (NASSAR, 2004). Portanto, uma administração eficiente envolve modelos de gestão diferenciados, por exemplo: Organizações Sociais, terceirizações, etc. O que significa, também, planejar estratégias de Comunicação diferenciadas para os diversos públicos com os quais se dialoga diariamente, facilitando a eficaz implantação de ações que reflitam a missão, a visão e os objetivos organizacionais.

JUSTIFICATIVA

Dada a complexidade do processo de produção em uma organização hospitalar e a adoção de diferentes modelos de gestão, são muitos os canais através dos quais podem ocorrer a troca de informações e cada um deles merece ser atentamente analisado de modo a assegurar a manutenção da qualidade da informação, sob pena da criação de barreiras ou restrições à organização e até mesmo a observância de equívocos na administração de medicações ou falhas de diagnóstico, comprometendo assim a segurança do paciente.

Para Bittar (2000) o simples contato com a recepcionista ou telefonista já é um processo que pode facilitar ou dificultar o relacionamento do público com os profissionais da organização. De acordo com Bernardes *et al* (2007), a falta de Comunicação entre as várias unidades de um hospital é um fator negativo observável nas organizações hospitalares da atualidade, que se contrapõe ao desafio de operacionalizar um modelo de gestão aberto e flexível, que incorpore a dimensão comunicativa e uma distribuição mais homogênea do poder. Portanto, seria possível pensar em Acreditação em uma organização incapaz de promover uma Comunicação eficiente entre os profissionais e as diversas unidades de produção? Como um hospital, cujo ambiente informacional é confuso e truncado, pode prestar real esclarecimento ao usuário e aos seus familiares sobre a assistência prestada?

Neste cenário a relevância do desenvolvimento do presente trabalho se destaca por tecer uma abordagem da Comunicação como fator facilitador nos processos de Acreditação Hospitalar e na segurança do paciente tomando por base as experiências de dois hospitais situados no município de Salvador – BA, além de contribuir para ampliar o conhecimento disponível na literatura sobre o assunto.

Ao tomar por ponto de partida o processo de Acreditação Hospitalar, busca-se refletir sobre o papel da Comunicação no cotidiano deste tipo de organização, reforçando o quanto é importante para a mesma comunicar-se com clareza e eficiência, de forma a otimizar seus processos com vistas à melhoria contínua na qualidade dos serviços que oferece à população.

METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se estudo de caso de abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, uma vez que o que se busca é uma compreensão interpretativa da ação social (MINAYO *et al.*, 2005).

Os loci definidos para a pesquisa de campo foram: um hospital filantrópico, de grande porte, aqui denominado de Hospital “A”, em razão da obtenção recente da Acreditação em Nível 2 pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA); e outro, um hospital militar de médio porte, aqui denominado de Hospital “B”, que se encontra em processo de Acreditação, também utilizando a metodologia ONA. Os sujeitos da pesquisa foram: no hospital “A”, a coordenadora do processo de Acreditação e no hospital “B”, as responsáveis pelo Setor de Qualidade da organização militar.

A pesquisa de campo se deu por meio de entrevistas semi-estruturadas, tendo os roteiros de entrevistas como instrumentos de coleta de dados, aplicados pelo primeiro autor deste trabalho e gravadas. Foi preservado o anonimato das participantes, para que assim fosse possível responder aos questionamentos com maior fidedignidade. Foram respeitados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos citados na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os dados foram analisados mediante análise de conteúdo (BARDIN, 2004), utilizando-se as seguintes categorias: a) importância da comunicação e da informação para a Acreditação; b) grau de comprometimento dos profissionais das áreas de saúde e administrativa com a Comunicação; c) grupos mais envolvidos no Processo de Acreditação Hospitalar; d) cuidados com a Comunicação em uma organização hospitalar que pleiteia a Acreditação; e) medida em que a Cultura Organizacional orientada para a Comunicação contribui para a segurança do paciente e a relação entre Comunicação, segurança do paciente e Acreditação; f) possibilidade de uma estratégia de Comunicação Integrada orientada à Acreditação Hospitalar; g) principais facilidades e dificuldades observadas durante o processo de Acreditação.

RESULTADOS

As realidades organizacionais são distintas no que se refere ao fato de que o hospital “A” é de natureza jurídica filantrópica e civil e o hospital “B” é uma organização militar, impactando assim na maneira como ambos lidam com a Comunicação e a Informação como insumos estratégicos no processo de Acreditação Hospitalar. No que se refere à **importância da Comunicação e da Informação para a Acreditação**, obteve-se consenso que a Comunicação desempenha papel fundamental no processo de Acreditação, conforme afirmam as entrevistadas do Hospital “B”:

O poder econômico da organização não é capaz, por si, de determinar a qualidade do serviço prestado, mas a integração dos setores e a padronização dos serviços viabilizadas por uma Comunicação de excelência garantem uma assistência melhor e mais segura tanto para pacientes quanto para os profissionais envolvidos nos processos.

De acordo com a entrevistada do hospital “A”:

A Comunicação é o pilar de sustentação da Acreditação, uma vez que os processos são interdependentes assim como as relações que se desenvolvem no ambiente hospitalar. Portanto, somente mediante um alto grau de comprometimento com a Comunicação seria possível suprir as diversas demandas de informações verificáveis no contexto das organizações hospitalares: interpessoais (entre os profissionais), externas (operadoras, sindicatos), setoriais (entre os processos) e relativas aos usuários e suas famílias. [...] falhas de Comunicação levam a falhas no ambiente hospitalar e só uma Comunicação concebida com vistas à integração intersetorial promove uma assistência realmente segura.

A Coordenadora da Acreditação do Hospital “A” enfatiza, ainda, que: “a Comunicação deve constituir a base de um planejamento estratégico organizacional orientado à Acreditação, de modo a prestar uma assistência segura ao usuário”.

Benevides e Passos (2005) asseguram que não há como mudar as formas de relacionamento nas práticas de saúde sem que haja um aumento significativo nos graus de comunicação, de conectividade e de intercessão intra e intergrupos nos serviços e nas outras esferas do sistema. Estes autores denominam de transversalidade o grau de abertura que garante às práticas em saúde a possibilidade de diferenciação e inovação, a partir de uma tomada de posição que transforme os vários atores em sujeitos do processo produtivo da realidade no qual estão envolvidos. A importância desta definição se apresenta quando os autores revelam os motivos pelos quais uma organização hospitalar deve investir, também, no aumento do grau de transversalidade:

Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 393).

Desta forma, fica claro o quanto é importante que a Comunicação nas organizações prestadoras de serviços de saúde se dê através de diversos fluxos de informações que circulem no ambiente hospitalar, interna e externamente, atingindo a maior parte possível de seu público e assegurando assim o bom entendimento dos processos que se desenvolvem dentro da organização por todos os envolvidos e, principalmente, garantindo a continuidade da assistência.

Conforme as entrevistadas do Hospital “B”: “[...] boas práticas de Comunicação no ambiente hospitalar previnem, ainda, a ocorrência de eventos sentinelas, favorecendo a segurança do ambiente, do profissional e do paciente”.

Uma vez que o corpo clínico esteja integrado em torno das informações acerca do paciente, do momento da sua admissão à sua alta, é de se esperar que diminuam os incidentes aos quais os pacientes estariam expostos em caso de eventuais falhas de comunicação ou ruídos nos canais de difusão de informações, a exemplo de troca de medicação, equívocos de diagnóstico, intervenções em órgãos errados, etc. Da mesma forma, o correto entendimento das normas sobre processos e segurança por parte dos profissionais envolvidos na assistência é indispensável para que se atinjam os graus desejáveis de conformidade com os padrões estabelecidos para a Acreditação.

Quanto ao **grau de comprometimento dos profissionais** das áreas de saúde e administrativa com a Comunicação, observa-se que para a entrevistada do Hospital “A”:

Muito embora o total comprometimento com a Comunicação seja uma postura esperada de uma organização hospitalar que pretende a Acreditação em todas as circunstâncias, existem momentos da passagem do paciente pela organização que demandam maiores cuidados com o registro e troca de informações, de forma a evitar eventos nocivos e promover uma assistência realmente segura. Estes momentos seriam: a admissão do paciente, a emissão dos boletins sobre seus momentos críticos, a elaboração do plano de alta (que demanda o trabalho de uma equipe multidisciplinar) e a alta. A passagem de plantão também é um momento no qual os profissionais devem observar princípios excelentes de Comunicação, já que uma equipe integrada em torno das informações relativas ao paciente favorece a continuidade da assistência.

As entrevistadas do Hospital “B” afirmam que:

[...] no ambiente das organizações hospitalares militares, espera-se que o engajamento dos profissionais nas políticas de Comunicação orientadas à Acreditação se dê sem a intervenção do poder hierárquico, de forma a que todos se sintam motivados pela real importância do bem comunicar, estimulando assim o comprometimento consciente e o conseqüente incremento na qualidade das informações registradas.

Todavia, estas profissionais admitem que o engajamento da alta direção favorece o estreitamento dos laços entre os setores e possibilita a resolução de problemas recorrentes, observados no cotidiano da organização.

Em relação **aos grupos que mais se envolvem com o processo de Acreditação**, os depoimentos convergem para o consenso de que para que haja sucesso é necessário unir todo o efetivo da organização em torno deste objetivo. As entrevistadas do Hospital "B" informam que: "da alta direção à equipe de serviços gerais, é preciso haver uma mobilização geral em função da Acreditação; porém encontram ainda grande resistência da equipe, principalmente por parte do corpo clínico, que em razão do turnover¹ não demonstra disposição para aderir às normas". No contexto da organização filantrópica estudada, a entrevistada do Hospital "A" afirma que: "o corpo clínico foi grande parceiro durante todo o processo e é importante que a Comunicação para este público seja pensada de forma a trazê-los para perto da inovação, detalhando os processos e esclarecendo as razões pelas quais se deve apostar na mudança".

No que tange à medida que uma Cultura Organizacional orientada para a Comunicação contribui para a segurança do paciente, e a relação entre Comunicação segurança do paciente e Acreditação, no Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2006), a identificação, o registro e o gerenciamento das informações referentes a riscos de segurança, ambientais e ocupacionais são itens de avaliação presentes na quase totalidade das Normas Orientadoras para Acreditação em Nível 1, demandando tratamento progressivamente mais refinado destes dados à medida que se muda de nível, o que inclui a definição de indicadores de qualidade e o benchmarking dos resultados obtidos. O Manual ainda deixa claro o papel estratégico da Informação para o sucesso em processos de Acreditação, já que é possível notar a importância do registro e do gerenciamento dos mais diversos tipos de informação de modo a garantir a prestação de uma assistência segura, bem como a padronização dos processos e a manutenção e disseminação das boas práticas no ambiente hospitalar.

Embora o manual da ONA (2006) não se refira especificamente à comunicação, observa-se na fala da entrevistada do hospital acreditado que:

Acreditação, comunicação e segurança do paciente são áreas totalmente correlatas, já que a Comunicação é o vetor de promoção de uma política institucional de segurança do paciente, indispensável no processo de Acreditação, constituindo-se em um dos seus pilares.

Quanto à **possibilidade de se conceber uma estratégia de Comunicação Integrada orientada à Acreditação Hospitalar**, as evidências observadas indicam que sim. De acordo com a entrevistada do Hospital "A", para o alcance deste objetivo as vertentes a serem trabalhadas são:

Os profissionais da organização, tratando adequadamente conteúdos de interesse específicos para as áreas de assistência e administrativa, bem como os de interesse interdepartamental; a comunicação sobre os processos que se desenvolvem, atingindo todos os indivíduos que com eles se relacionam; o paciente e sua família e o ambiente externo, objetivando o bom relacionamento e a constante avaliação da relação com fornecedores, operadoras, sindicatos e demais parceiros.

As entrevistadas do hospital "B" afirmam que:

A possibilidade de uma estratégia de Comunicação Integrada orientada à Acreditação Hospitalar no ambiente das organizações assistenciais militares, além de promover a conscientização do corpo clínico quanto à importância de sua participação no processo de Acreditação, faz circular entre a comunidade militar (que se estende aos cônjuges dos militares, seus filhos e demais dependentes) os esforços e investimentos constantes na melhoria dos serviços, e ainda possibilita o registro das informações que permitem a padronização dos processos e a avaliação permanente dos resultados, itens de avaliação em processos de Acreditação.

Embora as entrevistadas do Hospital "B" reconheçam que a natureza do serviço prestado em uma organização hospitalar militar não necessite de uma Comunicação para a sociedade como um todo, atestando a qualidade do trabalho realizado, no âmbito da assistência militar a Comunicação fortalece o reconhecimento da organização perante a comunidade, agregando valor não só à organização, mas a todos que nela trabalham.

Na visão da entrevistada do Hospital "A", já acreditado:

A Comunicação cada vez mais se distancia dos domínios da área administrativa, e se aproxima da assistência. Só através de uma Comunicação pró-ativa é possível estabelecer e difundir uma política institucional de segurança, que agrupe todos os profissionais em torno do mesmo objetivo: a qualidade do cuidado. [...] A tendência é o fim da divisão entre as áreas administrativas e assistenciais, com toda a equipe trabalhando para a assistência.

Isto posto, observa-se que na Sociedade da Informação, a Comunicação torna-se o elo integrador dos diversos processos produtivos, principalmente em organizações complexas, a exemplo dos hospitais. Contudo, isto vem à tona no bojo do Processo de Acreditação.

A literatura fortalece as idéias defendidas pelas entrevistadas, como é possível perceber em Vilaça e Pereira (2008), que afirmam que em processos de certificação² a Comunicação tem o papel de despertar consciências, para que isto se reflita em mudança de comportamento. Os mesmos autores asseguram que a Comunicação é capaz de alinhar a equipe, possibilitando à mesma, compreensão e conhecimento sobre as normas. De acordo com Collina (2006), em processos de certificação, a Comunicação assume papel fundamental, pois auxilia na disseminação de uma nova cultura organizacional, voltada para a qualidade. A autora identifica, ainda, que em situações de Acreditação, as principais preocupações nesta área se voltam para o acompanhamento dos indicadores e para a mensuração de resultados.

Sobre as **principais facilidades e dificuldades** observadas ao longo do processo, a entrevistada do Hospital "A" aponta que: "um dos principais desafios foi desenvolver um entendimento da importância da interface entre os processos produtivos para a certificação"; fenômeno também observado pelas entrevistadas do Hospital "B", que vão além e indicam que: "em uma organização militar existe um grave empecilho à Acreditação que é a falta de motivação para a padronização por parte de funcionários mais antigos no serviço, acostumados com o modus operandi de seus setores e que não compreendem a necessidade da mudança".

A entrevistada do Hospital "A" acrescenta que:

A Comunicação cada vez mais se distancia dos domínios da área administrativa, e se aproxima da assistência. Só através de uma Comunicação pró-ativa é possível estabelecer e difundir uma política institucional de segurança, que agrupe todos os funcionários em torno do mesmo objetivo: a qualidade do cuidado. [...] A tendência é o fim da divisão entre as áreas administrativas e assistenciais, com toda a equipe trabalhando para a assistência.

Nestas situações, todas as entrevistadas são categóricas ao reafirmar o papel da Comunicação como mitigadora destes conflitos, uma vez que possibilita o bom entendimento das normas e estimula a troca de experiências. Em ambas as organizações, o engajamento da alta direção é visto como decisivo na implantação das ações que visam o aperfeiçoamento das rotinas e a padronização dos processos, julgando-se que, sem este, seria impossível investir esforços e recursos em um processo de Acreditação. Isso coaduna com o encontrado na literatura sobre esta temática.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível afirmar que a Comunicação exerce papel fundamental no processo de Acreditação Hospitalar, pois viabiliza os processos organizacionais que culminam com a Acreditação, atestando a qualidade da assistência prestada. Na construção do planejamento estratégico orientado à Acreditação, o entendimento da

Comunicação e da Informação como engrenagens do sistema de funcionamento das organizações hospitalares possibilita ganhos em qualidade, em espaços de tempo menores, uma vez que estas viabilizam o entendimento das normas e das razões das modificações nos processos, a motivação para o engajamento nas mudanças e o embasamento para a definição de indicadores e para a discussão e avaliação dos resultados.

As entrevistas realizadas deixam claro que a gestão organizacional orientada para a Comunicação resulta na sinergia interdepartamental, indispensável ao alcance dos objetivos de padronização dos processos e homogeneização da linguagem, necessários ao sucesso de uma organização hospitalar em processo de Acreditação. Os dados coletados encontraram apoio na literatura, o que oferece suporte à afirmação de que a Comunicação é vetor de transformações no ambiente organizacional. Estas propiciam melhorias nos serviços assistenciais e administrativos, acumulando funções que passam, também, pelo gerenciamento do cuidado, o que deveras auxilia na segurança do paciente.

Todavia, é necessário observar que este entendimento não é unânime entre os profissionais da área de saúde, que ainda mantém um distanciamento quanto à importância da Comunicação e Informação para a tomada de decisões. Nestes casos, ainda mais difícil será para a organização que mantiver gestores resistentes à adoção de inovações organizacionais que facilitam a conquista da Acreditação. O envolvimento multidisciplinar e intersetorial que se requer evidencia a necessidade de informações claras e completas, que circulem facilmente entre todos os indivíduos implicados no processo, atestando o poder da Comunicação como ferramenta capaz de padronizar informações, interesses e facilitar o trabalho das pessoas em torno do objetivo de garantir a segurança do paciente e melhorar, continuamente, a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Referências

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3ª edição. São Paulo: Edições 70. 2004
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, vol. 7, n. 17, p. 389 – 406, mar - ago 2005.
- BERNARDES, A.; CECÍLIO, L. C. O.; NAKAO, J. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, vol. 4, n. 12, p. 861 – 870, 2007.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para a qualidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, vol. 1, n. 46, p. 15 – 34, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anexo_3.pdf>. Acesso em 20 dez 2010.
- COLLINA, Cristina A. L. A atuação do profissional de Relações Públicas no mercado da saúde: a experiência no Hospital Samaritano de São Paulo. **Organicom**. São Paulo, ano 3, n. 5, jun – dez 2006.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da Evolução da Qualidade Hospitalar: Dos Padrões à Acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, vol. 2, n. 18, p. 213 – 219, 2005.
- MALIK, Ana Maria. **Qualidade & Segurança / Qualidade e Saúde**. São Paulo: FGV, 2008. 54 slides, color.
- MENDES, V. L. P. S. **Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde**. 1994. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por Triangulação de Métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- NASSAR, M. R. F. Comunicação: políticas e estratégias para área da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 27., 2004. Porto Alegre. **Anais...** São Paulo: Intercom, 2004. CD-ROM.
- Organização Nacional de Acreditação [ONA]. **Manual Brasileiro de Acreditação**. Brasília, 2006.
- VILAÇA, W. P. T.; OLIVEIRA, M. M. Sustentabilidade e Comunicação no contexto hospitalar: estabelecendo a necessária conscientização. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**. Anais do IX Congreso Latinoamericano de Investigadores de la Comunicación. Estado de México, México, out. 2008.

¹ De acordo com as entrevistadas, atualmente, 70% do corpo clínico do Hospital “B” é formado por profissionais recém-formados, prestando um ano de serviço militar obrigatório. Ao fim deste período, os mesmos se desvinculam e voltam ao mercado de trabalho civil. Isso demanda treinar outra turma, recomeçando, com estes o ciclo para a qualidade.

² Certificação e Acreditação possuem diferentes definições sendo a certificação entendida como processo voluntário, governamental ou não, que reconhece setores, geralmente com processos de trabalho mais automatizados e repetitivos (laboratórios, lavanderias, etc.) existentes nas organizações prestadoras de serviços de saúde que atendam a certos padrões, qualificando-as a fazer publicidade dos serviços ou a receber pagamento ou subsídios por serviços prestados. Já a Acreditação é um processo normalmente voluntário, de tempo limitado, pelo qual um órgão governamental ou não-governamental reconhece aquelas organizações prestadoras de serviços de saúde que atendem a certos padrões, os quais exige um aperfeiçoamento constante em suas estruturas, procedimentos e resultados. Isso significa que não é possível acreditar parte de um hospital, mas é possível certificar um serviço.

Acreditação

P_106_2011 - Un Sistema de Acreditación de Calidad como Camino de Mejora Continua: Modelo de los Institutos de Investigación Sanitaria en España

José Antonio Souto Ibáñez

Resumo em português: Espanha tem definido um sistema de avaliação de centros e institutos de pesquisa biomédicos com a finalidade de promover uma pesquisa de qualidade e de um alto nível científico. Estes institutos denominados institutos de pesquisa em saúde, estão inseridos no âmbito de um hospital universitário em parceria com outros centros ou institutos de pesquisa no âmbito da saúde. O objetivo é obter um trabalho em equipe da pesquisa básica e a pesquisa clínica, e a obtenção de resultados aplicáveis na prática clínica. No documento se faz a descrição do sistema de avaliação estabelecido e os resultados obtidos até o 2010.

Introducción:

España, como miembro de la Unión Europea, debía adaptar su política científica en biomedicina al Programa marco de investigación y desarrollo tecnológico de la Unión Europea (2002-2006), en el que se contemplaban y potenciaban las denominadas redes científicas de excelencia. España debía participar de forma activa en estas redes, de modo que era absolutamente necesario y prioritario ejercer acciones internas específicas que facilitarían un protagonismo máximo de los mejores y más activos grupos y centros de investigación del Sistema Nacional de Salud.

España se encontraba en esos años ante la oportunidad de estructurar más adecuadamente las actividades y grupos de investigación biomédica de excelencia, en el entorno del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo estratégico de alcanzar un mayor y más sólido protagonismo en el futuro espacio europeo de investigación.

La acreditación de institutos de investigación biomédica como institutos de investigación sanitaria se define en ese momento como una herramienta para fomentar y garantizar en el Sistema Nacional de Salud un nivel de excelencia de calidad de los servicios I+D+I e incentivar la mejora continua de la calidad de los resultados de I+D+I.

Objetivos:

La acreditación de institutos de investigación biomédica busca promover los siguientes objetivos:

- la constitución de institutos de investigación sanitaria con la participación de diferentes centros de investigación
- desarrollar e integrar armónicamente la investigación básica, clínica y de salud pública
- potenciar la investigación traslacional con una mejor transferencia de los avances científicos obtenidos en la prevención y tratamiento de los problemas de salud más prevalentes
- impulsar el uso eficiente de los recursos y su acoplamiento multidisciplinar con grupos de excelencia de otras instituciones, universidades y otros centros de investigación
- promover las líneas de colaboración entre centros del Sistema Nacional de Salud y con los de otras instituciones públicas o privadas con objetivos I+D+I en Biomedicina y Ciencias de la Salud
- posibilitar la competencia y comparabilidad para dinamizar las organizaciones y elevar el prestigio de los centros que componen el instituto
- ampliar y consolidar la calidad y cantidad de las líneas de investigación y la coherencia y consolidación de los equipos, e implicar a los profesionales en la mejora continua de la calidad a través de la motivación e incentivación para mantener la acreditación de sus actividades.

Justificación:

La introducción de un sistema de de acreditación de calidad se considera una herramienta eficaz para el logro de los objetivos de calidad y excelencia de los institutos de investigación biomédica que se pretendían promover.

La certificación de un centro u organización bajo parámetros de una acreditación de calidad, se ha venido demostrando a lo largo de las últimas décadas, como un motor de cambio y de transformación en el seno de las organizaciones donde se ha decidido aplicar alguno de los modelos existentes.

Tanto el desarrollo e implantación del modelo EFQM en Europa, como el modelo FUNDIBEQ en Iberoamérica, el modelo de la FNQ en Brasil, o el método MALCOLM BALDRIGE en EE.UU., han permitido y logrado generar profundos cambios no sólo en las organizaciones que se implantado dichos modelos, sino que también en la sociedad en su conjunto.

Es con esta experiencia y con las perspectiva de influir de manera práctica en lograr la generación de nuevos y excelentes centros de investigación biomédica que se decidió como conveniente crear un sistema de acreditación de institutos de investigación biomédica en España, que partiendo de las experiencia del modelo europeo EFQM, pero realizando una serie de adaptaciones al mundo de la ciencia en el ámbito sanitario, sirviera para lograr los objetivos.

Métodos:

Con la finalidad de poner en marcha este sistema de acreditación se encargó del mismo, en el Gobierno de España, al Instituto de Salud Carlos III, organismo de carácter nacional coordinador de la investigación biomédica y biosanitaria, adscrito al Ministerio de Ciencia e Innovación, el cual generó un Grupo Técnico que estuvo analizando y trabajando sobre cuál sería la mejor manera de estructurar y elaborar el modelo de acreditación de un instituto de investigación biomédica como institutos de investigación sanitaria.

Fruto de ese trabajo y consultas a diversos grupos de investigadores biomédicos, Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, quienes ostentan las competencias en materia de salud e investigación en España, se creó el sistema de acreditación de institutos.

El sistema se creó mediante el REAL DECRETO 339/2004, de 27 de febrero, sobre acreditación de institutos de investigación sanitaria, el cual fue complementariamente desarrollado con la ORDEN SCO/1245/2006, de 18 de abril, por la que se desarrolla el Real Decreto 339/2004, de 27 de febrero, sobre acreditación de institutos de investigación sanitaria.

Las características para que un instituto de investigación biomédica pueda acreditarse como un Instituto de Investigación Sanitaria de acuerdo con el citado Real Decreto son:

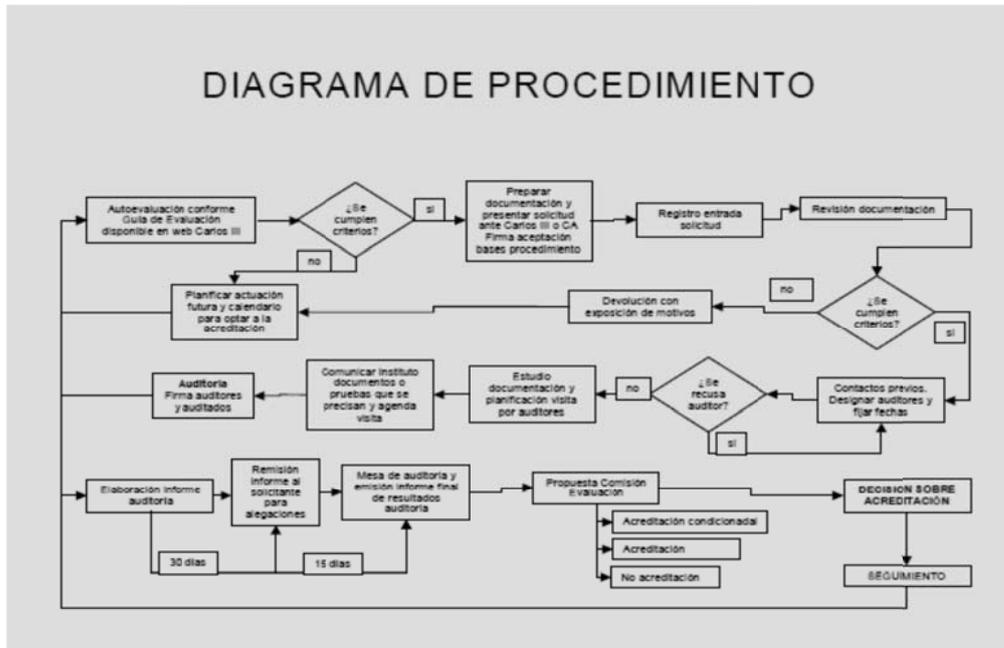
creación de institutos de investigación biomédica, que podrán estar participados por las universidades, organismos públicos de investigación, hospitales y otros centros de investigación, y, en su caso, con la vinculación de las empresas privadas del sector.

constitución de institutos de investigación sanitaria con el fin de desarrollar e integrar armónicamente la investigación básica, clínica y de salud pública, potenciando la investigación traslacional con una mejor transferencia de los avances científicos obtenidos en la prevención y tratamiento de los problemas de salud más prevalentes.

la integración de los distintos tipos de investigación permitirá acortar el intervalo transcurrido entre la producción de un nuevo conocimiento (eficacia) y su transferencia y aplicabilidad real (efectividad y eficiencia) en la práctica médica

los hospitales universitarios constituyen el núcleo básico de los institutos de investigación sanitaria resultantes de dicha asociación, siendo que las entidades que pueden integrar los institutos de investigación sanitaria serán necesariamente hospitales docentes e investigadores del Sistema Nacional de Salud y centros públicos o privados de I+D+I, entre los cuales se incluyen los dispositivos de investigación de atención primaria.

Los requisitos que son exigidos en el proceso de acreditación se presentan de manera resumida en la imagen de la página siguiente, siendo que el proceso establecido sigue el esquema que se presenta continuación:



Fuente: Guía Evaluación. Instituto de Salud Carlos III

Resultados:

Del proceso iniciado en el año 2006, tras la publicación de la Orden que desarrollaba el Real Decreto se ha generado como resultado la creación de varios institutos de investigación biomédica, sobre la base de grandes hospitales universitarios con tradición y alto nivel asistencial, docente e investigador, en asociación con Universidades, y en algunos casos con otros centros de investigación o empresas del ámbito biosanitario y parques científico-tecnológicos.

El número de Institutos de Investigación Biomédica acreditados como INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA son 9, a 31 de diciembre de 2010, lo que representa un adecuado número de institutos creados y acreditados en estos cuatro años, si además tenemos en cuenta que la acreditación conlleva una período de tiempo funcionando como tal instituto de investigación biomédica, con resultados de investigación producidos.

Conclusiones:

El sistema de acreditación implantado en España a partir del año 2006, con la finalidad de generar centros de excelencia de investigación en salud, está dando los resultados inicialmente previstos, en la medida no sólo del número de los acreditados, sino del alto nivel científico de los grupos de investigación tanto del ámbito de los hospitales, como de las universidades, que se han asociado para investigar en común y llevar a cabo líneas de investigación que produzcan resultados para resolver los problemas de salud de la sociedad, y a su vez promover la generación de patentes y retorno de ingresos de las inversiones que en la actualidad se están realizando en los mismos.

REAL DECRETO 339/2004, de 27 de febrero, sobre ACREDITACIÓN DE INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA

Requisitos Acreditación Instituto Investigación Sanitaria

Vínculo asociación Hospital Centros	Jurídico otros	Estructura Organizativa	Estructura única de gestión diferente del hospital	Plan de investigación del hospital	Plan Estratégico	Comité Externo	Científico	Servicios de Apoyo comunes de soporte a Investigación	Plan Formación en Investigación	Plan de Guía de Buena Práctica Científica	Calidad, Ética y Práctica	Registro de Personal	Registro Datos y Actividades I+D+i
-------------------------------------	----------------	-------------------------	--	------------------------------------	------------------	----------------	------------	---	---------------------------------	---	---------------------------	----------------------	------------------------------------

Criterios Plan Estratégico

Análisis entorno interno y externo	Priorización y Estrategias de Investigación (Proyecto Científico)	Líneas de Proyecto Científico Cooperativo Quinquenal	Sistema de Evaluación y Cronograma Seguimiento	Descripción Recursos Materiales y Humanos	Interrelación de la Investigación con las actividades de formación y práctica clínica del hospital núcleo	Plan de Formación en Investigación, para personal del hospital + Centros Pregrado y Posgrado	Actuaciones de tutela emergentes de investigación	Vínculos con grupos afines de investigación para trabajar en redes estables y en redes internacionales
------------------------------------	---	--	--	---	---	--	---	--

Criterios de Evaluación Institutos Investigación Sanitaria

Adecuación de las propuestas a objetivos y requisitos	Viabilidad del Plan Estratégico propuesto, incluyendo adecuación y capacidad del hospital + Centros que forman el instituto	Calidad científico-técnica acreditada actividades I+D+i de (hospital + Centros)(artículos científicos originales publicados en los últimos 5 años + patentes)	Calidad científico-técnica acreditada actividades I+D+i de, proyectos de investigación evaluados y aprobados por agencias externas nacionales e internacionales	Grado y Calidad de la actividad formativa de tercer ciclo que se imparta en hospital + Centros. Se valorará relación y vinculación del hospital+ Centros con formación pregrado	Viabilidad y adecuación de la Estructura de la Gestión de la Investigación.	Especial atención sobre actividades de tutela a centros y grupos emergentes de investigación
---	---	--	---	---	---	--

Bibliografía:

Real Decreto 339/2004, sobre acreditación de Institutos de Investigación Sanitaria, de 27 de febrero. Boletín Oficial del Estado número 63 de 13 de marzo de 2004. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/institutos_normativa.jsp

Orden SCO/1245/2006, de 18 de abril, por la que se desarrolla el Real Decreto 339/2004, de 27 de febrero, sobre acreditación de Institutos de Investigación Sanitaria. Boletín Oficial del Estado número 101 de 28 de abril de 2006. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/institutos_normativa.jsp

SOUTO, J. A. "Sistema de acreditación de institutos de investigación sanitaria en España". GESTÃO PÚBLICA: Práticas e desafios. Vol. III(2009). p. 663-688

Qualidade e Segurança

P_107_2011 - Avaliação Quantitativa da Disponibilidade de Informações sobre Dispositivos Implantáveis Ortopédicos

Francine Leite, Carina Burri Martins, Luiz Augusto Carneiro

Resumo: Para um produto de saúde ser comercializado no Brasil é necessário o registro prévio na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, o qual exige informações de seu processo de fabricação. Este estudo tem como objetivo avaliar a disponibilidade de informações exigidas pela ANVISA para implantes ortopédicos. A amostra utilizada é composta por 172 códigos de registro. Os resultados indicam que em metade da amostra não há descrição do modelo do produto; em mais de 30% dos casos não há informações de rotulagem e instrução de uso; e em 2,2% dos casos não há a origem do produto.

Palavras-chave: produtos para saúde, vigilância sanitária, segurança, regulação

Introdução

Existe no Brasil cerca de 470 empresas produtoras de equipamentos e materiais para saúde. O número de empresas cresceu 42% desde 1999, o que indica uma dinâmica positiva de ampliação da produção nacional do setor. A grande maioria das firmas é de capital nacional (90%) de pequeno e médio porte, com receitas inferiores a R\$ 50 milhões (PIERONI; REIS; SOUZA, 2010).

No Brasil, a entidade responsável pela regulação de produtos de saúde é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A regulação é importante para a modernização, inovação e competitividade no setor da saúde por cobrar qualidade e segurança dos dispositivos. Dessa forma, seu papel é corrigir falhas nominais, de informação, de serviços e de disponibilidade (NUNES; BRANDÃO; REGO, 2010).

São atribuições da ANVISA: coordenar, acompanhar e avaliar a execução de regulamentos técnicos aplicáveis a produtos correlatos (aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, ópticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários), relacionados com a área de atuação da vigilância sanitária; planejar e coordenar a execução de programas de controle de qualidade e certificação de produtos correlatos; opinar sobre a importação de produtos correlatos por entidades sem fins lucrativos, para fins de isenção do imposto de importação; e promover a harmonização dos regulamentos técnico-sanitários da área de correlatos, no âmbito do Mercado Comum do Cone Sul (ANVISA, 2003).

Dentro desse conjunto de produtos estão incluídos os implantes ortopédicos tais como próteses articulares de quadril, ombro, cotovelo, implantes para coluna, buco-maxilares, placas, parafusos (GUTIERREZ; ALEXANDRE, 2004).

Em 1993, uma portaria da Secretaria da Vigilância Sanitária em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleceu o registro de produtos para a saúde, determinando os procedimentos e informações necessários para solicitação de registro, alteração, revalidação ou cancelamento desses produtos (GUTIERREZ; ALEXANDRE, 2004).

A ANVISA regulamenta as especificações para os registros dos produtos implantáveis ortopédicos nas seguintes resoluções: RDC 185/2001 (BRASIL, 2001b), que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro dos produtos na Agência; RDC 56/2001 (BRASIL, 2001a), que expõe os requisitos mínimos que os fabricantes e importadores devem cumprir sobre seus produtos, a fim de unificar critérios relativos a informação solicitada; RDC 59/2000 (BRASIL, 2000), que agrupa em famílias e sistemas os implantes ortopédicos para seu registro.

As informações exigidas pela Agência vão desde dados do fabricante ou importador a dados do próprio produto, inclusive com instruções de uso. O processo de trabalho da Agência é avaliar a documentação apresentada para registro, alteração ou revalidação do registro e, então, se manifestar oficialmente por meio de publicação no Diário Oficial da União (DOU). O registro fornecido pela ANVISA tem validade de cinco anos, podendo ser revalidado por igual período.

A Agência, a partir dessas exigências, construiu um banco de dados e o disponibilizou em seu sítio eletrônico.

Informações sobre produtos para saúde de forma organizada facilitam a comercialização e implantação de sistemas de registros e fiscalização, com integração das agências reguladoras em redes de informação (SOUZA; SILVA, 2001).

Além disso, para uma boa prática médica e segurança do procedimento, é fundamental que os produtos comercializados forneçam a informação sobre o seu vencimento de registro ANVISA. Adicionalmente, é importante que esta mesma informação se encontre atualizada no sítio eletrônico da Agência.

O registro garante que todos os requisitos de fabricação e importação exigidos pela ANVISA foram atendidos. Por ser um processo relativamente novo, o objetivo desse estudo é avaliar a disponibilidade de algumas das informações solicitadas pela Agência para fins de registro, para uma amostra de implantes ortopédicos.

Procedimentos Metodológicos

Para esta avaliação considerou-se uma listagem de implantes ortopédicos, oriunda um projeto de uniformização de nomenclatura desenvolvido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

A listagem inicial contém 15.040 dispositivos, com 300 códigos de registro ANVISA diferentes. A diferença entre o número de códigos e o número de dispositivos ocorre porque dispositivos diferentes (por exemplo, um parafuso de 0,5 cm e um parafuso de 1,0 cm) são registrados como sendo da mesma família e, portanto, possuem o mesmo código ANVISA.

A partir dessa população de registros ANVISA, foi feita uma amostragem utilizando a fórmula a seguir:

$$n = \frac{\sigma \cdot p \cdot q \cdot N}{e} \cdot (N-1) + \sigma \cdot p \cdot q$$

σ é o nível de confiança, determinado como 2 desvios-padrão;

p é a proporção do que se espera encontrar. Como não há estudos sobre o assunto, a premissa é de 50%;

q é o complemento de p ($1-p$), também 50%;

N igual a 300, número de registros ANVISA em nossa amostra;

e é o erro máximo permitido, determinado como 5%.

O resultado da fórmula acima é de 172 registros a serem avaliados, dentro da população inicial de 300, que foram sorteados aleatoriamente a partir da listagem original organizada em ordem crescente de número de registro ANVISA.

A pesquisa foi realizada nas diferentes bases de dados da ANVISA e foram avaliadas as informações em relação sua disponibilidade ou não conforme duas diferentes buscas:

Busca 1: nome da empresa; CNPJ; autorização; produto; modelo produto médico; registro; processo; origem do produto e vencimento do registro. Pesquisado em: http://www7.anvisa.gov.br/datavisa/Consulta_Produto_correlato/consulta_correlato.asp

Busca 2: a partir de outro link disponibilizando na ANVISA é possível acessar 3 documentos: dados do produto, rótulo e instruções de uso. Pesquisado em: http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/correlato/correlato_rotulagem.htm.

A partir do formulário de dados do produto e em instruções de uso, os seguintes quesitos são analisados:

- Dados do produto: com as seguintes informações: código da autorização de funcionamento na ANVISA; dados do produto, contendo identificação técnica do produto, código da Nomenclatura Comum de Mercadorias (NCM) e identificação conforme Codificação e Nomenclatura de Produtos Médicos, além da origem do produto e identificação dos responsáveis técnico e legal;

- Instruções de uso: se disponibilizado e diferente do rótulo.

Considerou-se como não preenchimento do modelo do produto médico o caso no qual o item não apresentava descrição suficiente (por exemplo, apenas a quantidade de unidades e sem explicitar em que consistia a unidade).

Os resultados das pesquisas foram categorizados como preenchido ou não preenchido. Portanto, estes são descritos conforme a proporção de preenchimento de cada item em cada busca, bem como a proporção de registros vencidos (considerando a data base até outubro de 2010), pois a pesquisa foi realizada durante o mês de novembro de 2010.

Ressalta-se que esse trabalho foi feito a partir de uma amostra e que não representa todos os dispositivos ortopédicos cadastrados na ANVISA

Resultados

Apenas 2,3% dos códigos não foram encontrados em nenhum dos sistemas de busca e foram excluídos da análise, portanto, analisamos 168 códigos. A Tabela 1 aponta os principais resultados.

Tabela 1: Proporção de preenchimento dos itens pesquisados segundo cada busca

Itens pesquisados (n=168)	% preenchimento
Busca 1	
Nome da empresa	100,0
CNPJ	100,0
Autorização	100,0
Produto	100,0
Modelo produto médico	50,0
Registro	100,0
Processo	100,0
Origem do produto	88,8
Registro vencido	8,3
Busca 2	
Identificação técnica	65,5
NCM	61,1
CNPM	62,1
Responsáveis	64,9

Na busca 1, em 100% dos casos as seguintes informações encontram-se preenchidas: nome da empresa, CNPJ, autorização, produto, registro e processo.

O modelo do produto médico encontra-se preenchido em 50% dos casos.

Quanto à origem do produto, apenas 1,2% não apresenta a origem do produto. Dentre os 166 dispositivos com esta informação, 16,9% são nacionais.

Da amostra estudada, 8,3% apresentam código ANVISA vencido. Desses com registro vencido, 15,4% o vencimento ocorreu em 2008; 46,1% em 2009 e 38,5% em 2010 (antes de 1/11/2010).

Na segunda busca, 33,9% dos dispositivos não apresentavam nenhum arquivo disponível para consulta e 65,5% apresentavam identificação técnica.

Em relação à Nomenclatura Comum de Mercadorias (NCM), 61,1% apresentavam descrição do código. Entre os códigos descritos, 1 dispositivo apresentava um código inexistente na NCM. Em relação à Codificação e Nomenclatura de Produtos Médicos (CNPM), 62,1% apresentavam descrição do código, entretanto, 4 dispositivos que apresentavam um código NCM o mesmo era inexistente na Codificação.

Entre os dispositivos que continham o documento no sítio da ANVISA, 99,1% apresentavam tanto a origem do produto quanto a identificação do responsável técnico. Essa proporção caiu para 98,2% em relação a disponibilidade das Instruções de uso. Desses 98,2% (n=109) que apresentavam as instruções de uso, em 7,3% dos casos essa informação constava no arquivo "Rótulo" ao invés do arquivo "Instrução de Uso".

Discussão

Considera-se baixa (2,3%) a frequência de códigos não encontrados nas buscas realizadas. Além disso, é provável que esse erro seja proveniente da lista pesquisada e não do banco de dados da ANVISA.

Por outro lado, é alta a proporção de códigos sem as informações técnicas detalhadas, ausente em 33,9% dos dispositivos analisados. Não foi possível verificar a real razão da falta dessa informação: se é por falha da empresa que registrou o produto ou por falha da Agência, ou, ainda, se não havia a obrigatoriedade desta informação no momento do registro.

Outra informação importante é o vencimento do registro, observou-se que apenas 8,3% dos dispositivos apresentavam registro vencido. Entretanto, não há a informação sobre a atual situação desses registros vencidos, se está em reavaliação, se o registro foi substituído por outro ou se foi cancelado. Essa é uma das principais deficiências do banco de dados da ANVISA, pois não é possível acompanhar o histórico do registro do produto.

Em estudo realizado com representantes do setor regulado (representantes e fabricantes), mostrou-se que a ausência de avaliação e acompanhamento do processo de registro e o não cumprimento dos prazos previstos e preconizados pela legislação sanitária para análise de registro causam confusão entre os regulados. Essa ausência resulta em uma percepção negativa por parte dos agentes regulados sobre o registro, relatando que o mesmo não garante segurança ou qualidade (BELL, 2006).

O sistema de informação poderia ser modificado para melhorar a navegabilidade, pois foi notado que alguns documentos estão disponibilizados em links errados (por exemplo, "Instruções de Uso" em "Rótulos"). Além disso, informações diferentes precisam ser consultadas em dois links diferentes, o que dificulta o acesso à informação. Outro ponto de navegabilidade que poderia ser melhorado seria disponibilizar todas as informações referentes a um código de registro em uma única consulta e não em duas, como é atualmente.

As agências regulatórias de dispositivos médicos devem educar melhor todos envolvidos sobre o processo de aprovação dos mesmos, o entendimento desse processo ajudaria a desenvolver informações confiáveis para o sistema de segurança e certificação. Padrões de dados, informações e comunicação apresentam potencial de criar uma rede de comunicação de operação entre os agentes envolvidos com dispositivos médicos em tempo real, resultando em uma informação segura e confiável (LEE et al., 2006).

O sistema de registros da ANVISA não deve ser encarado apenas como um processo burocrático. A ANVISA deve manter o esforço de aprimorar suas bases de dados e aumentar a fiscalização sobre o conteúdo que é preenchido nos formulários para aumentar a fidedignidade das informações disponibilizadas.

Conclusão

Na nossa amostra de dispositivos ortopédicos, a análise quantitativa das informações disponibilizadas pela ANVISA esteve presente para a maioria pesquisada, entretanto, uma parcela alta (mais de 30%) não apresentou informações de rotulagem e instrução de uso.

A transparência das informações solicitadas para fins de registro existe, entretanto, é fundamental que os registros aprovados disponibilizem 100% dessas informações adequadamente. A construção de um sistema de informação confiável e seguro está vinculado a um processo de registro qualificado.

Referências

- ANVISA. *Institucional*. [S.l.]: c2003. Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/apresentacao.htm>>. Acesso em 8 nov. 2010.
- BELLI, Carla Viotto. *Novas perspectivas no controle dos produtos para saúde no Brasil: a visão do setor regulador e do setor regulado*. 2006. 311 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em <<http://hdl.handle.net/10229/33134>>. Acesso em 22 nov. 2010.
- BRASIL. Anvisa. Resolução RDC nº 185, de 22 de outubro de 2001. Aprova o Regulamento Técnico que consta no anexo desta Resolução, que trata do registro, alteração, revalidação e cancelamento do registro de produtos médicos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Publicada no DOU em 06 de novembro de 2001.
- BRASIL. Anvisa. Resolução RDC nº 56 de 06 de abril de 2001. Estabelece os requisitos essenciais de segurança e eficácia aplicáveis aos produtos para saúde, referidos no Regulamento Técnico anexo a esta Resolução. Publicada no DOU em 10 de abril de 2001.
- BRASIL. Anvisa. Resolução RDC nº 59, de 27 de junho de 2000. Determina a todos fornecedores de produtos médicos, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas “Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos”. Publicada no DOU em 29 de junho de 2000.
- GUTIERREZ, Regina Maria Vinhais; ALEXANDRE, Patrícia Vieira Machado. Complexo industrial da saúde: uma introdução ao setor de insumos e equipamentos de uso médico. *BNDES Setorial*, n. 19, p. 119-155, mar.2004. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set1906.pdf>. Acesso em 9 nov. 2010.
- LEE, Peter; RUBIN, Harvey; SHA, Lui. High-Confidence Medical Device Software and Systems. *Computer*, v. 39, n. 4, p. 33-38, abr. 2006. Disponível em <[doi:10.1109/MC.2006.127](https://doi.org/10.1109/MC.2006.127)>. Acesso em 25 nov. 2010.
- NUNES, Rui; BRANDÃO, Cristina; REGO, Guilhermina. Public Accountability and Sunshine Healthcare Regulation. *Health Care Analysis*, p.1-13, nov. 2010. Disponível em <<http://www.springerlink.com/content/x78th54028p228l3/fulltext.pdf>>. Acesso em 9 dez. 2010.
- PIERONI, João Paulo; REIS, Carla, SOUZA, José Oswaldo Barros. A indústria de equipamentos e materiais médicos, hospitalares e odontológicos: uma proposta de atuação do BNDES. *BNDES Setorial*, v.131, p. 185-226, mar.2010. Disponível em: <http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/bnset/set3105.pdf>. Acesso em 9 nov. 2010.
- SOUZA, M.C.D.S.; SILVA, J.F. Nomenclatura para Produtos Médicos de Português. In: Memórias do II CONGRESSO LATINOAMERICANO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA. Habana, 2001. Artigo 00258. Disponível em <<http://www.hab2001.sld.cu/arrepdf/00258.pdf>>. Acesso em 3 nov. 2010.

Qualidade e Segurança

P_109_2011 - Segurança do Paciente Em Hemotransusão: Proposta de Sistematização e Estratégias do Processo

Paula Knoch Mendonça, Terezinha Hideco Tase, Tânia Alves de Lima, Márcia Martins

Resumo: Trata-se de um estudo cujo objetivo é elaborar a sistematização do processo de hemotransusão para o uso seguro e apropriado e identificar as conformidades e não conformidades específicas quanto à conferência e instalação de hemocomponentes em uma Unidade de Terapia Intensiva. A contribuição do trabalho é a proposta para a melhoria desse processo, que consiste em uma sistematização com estratégias para a realização segura da hemotransusão.

Descritores: transfusão de componentes sanguíneos; cuidados de enfermagem; unidade de terapia intensiva.

Introdução

A terapêutica transfusional constitui prática frequente realizada em unidades de internação, ambulatórios e pronto-socorros, constituindo um suporte na realização de muitos tratamentos, como os transplantes, quimioterapias e diversas cirurgias^{1,2}. Anualmente dezenas de milhões de pacientes no mundo são vítimas de lesões incapacitantes ou mortes em virtude de práticas em saúde inseguras e que afetam 1 em cada 10 pacientes³. Em relação à transfusão, os erros mais comuns estão relacionados à identificação do paciente na coleta da amostra de sangue e no momento da administração dos hemocomponentes⁴. Neste sentido, são necessárias estratégias e soluções para evitar erros.

Justificativa

Em Unidades de Terapia Intensiva, a hemotransusão é um procedimento frequente constituído de várias etapas desde sua conferência até a infusão que envolvem diversos profissionais, entre estes o enfermeiro. A conferência e instalação do hemocomponente são fases que se não realizadas corretamente, podem trazer prejuízos ao paciente e, inclusive, serem fatais. A elaboração e a implementação de protocolos institucionais para a realização desse processo de maneira segura são intervenções que ajudariam a minimizar as dificuldades decorrentes do mesmo.

Método

Trata-se de um estudo exploratório descritivo observacional de abordagem quantitativa de oportunidades de hemotransusão.

3.1 Casuística

Foram observadas 25 oportunidades do processo de conferência e instalação de hemocomponentes realizados pela equipe de enfermagem. Cabe esclarecer que a instituição dispõe de protocolo para esta prática assistencial.

3.2 Local de estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Escola no Município de São Paulo.

3.3 Coleta de dados e instrumento

Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2010 por meio de um formulário.

3.4 Tratamento dos dados

Os dados obtidos foram organizados e apresentados em figuras e tabelas.

3.5 Operacionalização

A pesquisadora compareceu diariamente à unidade para obter a relação dos pacientes submetidos à administração de hemocomponentes no período da manhã e tarde. Por ocasião da instalação, realizava a observação e o preenchimento do formulário.

3.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão Interna de Projetos de Pesquisa da instituição.

Resultados

Na figura 1 estão demonstrados os tipos de hemocomponentes transfundidos.

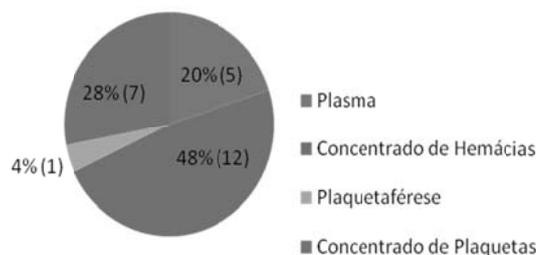


Figura 1- Distribuição dos tipos de hemocomponentes transfundidos na UTI. São Paulo, 2010.

4.1 Distribuição de conformidade e não conformidade na etapa de conferência dos hemocomponentes

Tabela 1- Processo de conferência dos 25 hemocomponentes transfundidos pelos enfermeiros da UTI. São Paulo, 2010.

Etapas	Conformidade		Não Conformidade	
	n	%	n	%
Conferir a identificação do hemocomponente com a identificação do paciente	20	80,0	05	20,0
Conferir a prescrição médica do hemocomponente a ser transfundido	15	60,0	10	40,0
Conferir a tipagem ABO e fator Rh do paciente	23	92,0	02	8,0
Conferir as condições do hemocomponente (cor, integridade da bolsa, presença de hemólise, data de validade)	21	84,0	04	16,0
Anotar os dados do hemocomponente em carimbo próprio no prontuário da execução da conferência do hemocomponente prescrito	13	52,0	12	48,0

Distribuição de conformidade e não conformidade na etapa de instalação dos hemocomponentes

Tabela 2- Distribuição das etapas do cuidado com os 25 hemocomponentes antes da transfusão na UTI. São Paulo, 2010.

Etapas	Conformidade		Não Conformidade	
	n	%	n	%
Cuidar do tempo de exposição após liberação das bolsas da refrigeração para a transfusão	24	96,0	01	4,0
Administrar os medicamentos de uso antes da infusão do hemocomponente (se houver)	25	100,0	0	0,0
Utilizar equipo apropriado	24	96,0	01	4,0
Manter a etiqueta de identificação do hemocomponente até o término da transfusão	20	80,0	05	20,0

Tabela 3- Distribuição das etapas do cuidado com o paciente pré-transfusão com os 25 hemocomponentes transfundidos na UTI. São Paulo, 2010.

Etapas	Conformidade		Não Conformidade	
	n	%	n	%
Adotar medidas de biossegurança (higiene das mãos e uso de luvas)	008	32,0	17	68,0
Orientar o paciente quanto ao procedimento	21	84,0	04	16,0
Verificar e anotar sinais vitais	04	16,0	21	84,0
Checar o nome completo com o paciente a beira do leito e se impossibilitado, com a pulseira de identificação ou com o prontuário (identificação ativa e passiva)	14	56,0	11	44,0
Instalar o hemocomponente conforme prescrição médica	18	72,0	07	28,0
Anotar o horário de início na etiqueta de identificação do hemocomponente	20	80,0	05	20,0

Tabela 4- Distribuição das etapas do cuidado com o paciente durante a transfusão com os 25 hemocomponentes transfundidos na UTI. São Paulo, 2010.

Etapas	Conformidade		Não Conformidade	
	n	%	n	%
Checar e anotar o horário de instalação na prescrição médica	13	52,0	12	48,0
Checar e anotar o horário de início da bolsa, volume infundido, responsável pela conferência e responsável pela instalação, em carimbo próprio	21	84,0	04	16,0
Observar os 10 minutos iniciais da transfusão e registrar sinais de reações transfusionais, se houver	23	92,0	02	08,0

Sistematização e estratégias para a realização segura do processo de hemotransfusão

Quadro 1- Sistematização e estratégias do processo de hemotransfusão

CONFERÊNCIA DO HEMOCOMPONENTE			
Agente	Fluxo	Evidência	Estratégias
Enfermeiro (a)	- Conferir a identificação do hemocomponente com a identificação do paciente	Deve estar afixado, a toda unidade a ser transfundida, um rótulo que indique o nome completo, o leito e a identificação do local do receptor, número de identificação da unidade e o grupo ABO e fator Rh (D) do receptor e do hemocomponente, a conclusão da prova cruzada e a data do envio do hemocomponente para a transfusão ⁵ .	- Utilizar pelo menos dois itens (p. ex. nome e data de nascimento) para confirmar a identidade de um paciente antes do início do cuidado; - Desenvolver estratégias não-verbais para a identificação de pacientes com identidade desconhecida, formas para distinguir homônimos e pacientes comatosos, confusos ou sedados. Exemplos: solicitar ao paciente que escreva em um papel, comunicação pelo piscar de olhos ou aperto de mãos, checagem pela pulseira de identificação, envolver os familiares no processo de identificação quando possível ^{3,6,7} .
	- Conferir a prescrição médica do hemocomponente a ser transfundido	Toda transfusão de sangue deve ser prescrita por um médico ⁵ .	- Enfatizar aos profissionais de saúde a responsabilidade em identificar corretamente os pacientes antes da administração do hemocomponente ^{3,6,7} .
	- Conferir a tipagem ABO Rh do paciente	Uma das mais importantes causas de morte associadas à transfusão é a reação hemolítica aguda. A causa mais comum deste tipo de reação é a transfusão de sangue ABO incompatível ² .	Confirmar a prescrição médica antes da solicitação e administração do hemocomponente. Se não estiver prescrito, não será solicitado ⁹ .
	- Conferir as condições do hemocomponente (cor, integridade da bolsa, presença de hemólise, data de validade)	O aspecto do hemocomponente, bem como o seu rótulo, deve ser avaliado antes da liberação para a transfusão ⁵ .	
	- Anotar em carimbo próprio a conferência do hemocomponente prescrito	Registrar no prontuário a quantidade de sangue recebida e dados de identificação do hemocomponente ⁹ .	
INSTALAÇÃO DO HEMOCOMPONENTE			
Agente	Fluxo	Evidência	Estratégias
Enfermeiro (a) Auxiliar de Enfermagem	- Cuidar do tempo de exposição após liberação das bolsas da refrigeração para a transfusão	Antes da transfusão, devem permanecer em temperatura ambiente por no máximo: - Componentes eritrocitários: 30 minutos. - Componentes plasmáticos: 6 horas. - Componentes plaquetários: 24 horas ⁵ .	- Informar-se no banco de sangue quanto ao tempo máximo de exposição do hemocomponente à temperatura ambiente ¹⁰ . - Retirar um hemocomponente por vez.
	- Adotar medidas de biossegurança (higiene das mãos, uso de luvas e outras medidas conforme necessário)	- Higiene das mãos: remover a sujidade, suor, oleosidade, pêlos e células descamativas da microbiota da pele com a finalidade de prevenir e reduzir as infecções ⁹ . - Luva: Equipamento de Proteção Individual destinado à proteção a segurança e a saúde do trabalhador ¹⁰ .	- Realizar a higienização das mãos com água e sabão líquido antes e após o cuidado ao paciente ³ . - Disponibilizar pias próximas aos leitos dos pacientes, contendo produtos eficazes para higienização com baixo potencial de irritação da pele e dispensadores de produtos abastecidos e em local acessível ¹¹ .
	- Orientar o paciente quanto ao procedimento e às possíveis complicações, comunicando ao profissional de saúde na suspeita de alguma delas	Orientar: tempo dispensado para o procedimento, a necessidade de monitoração de condições físicas, de sinais vitais e informar qualquer sensação diferente durante ou pós-transfusão ⁹ .	- Encorajar o paciente e sua família a participarem de forma ativa em todas as fases do processo de identificação, como falar nome e sobrenome antes da realização do procedimento ^{3,6,7} .
	- Verificar e anotar sinais vitais	O paciente deve ter os seus sinais vitais verificados e registrados antes do início da transfusão ⁵ .	- Se ele estiver inconsciente ou não conseguir confirmar sua identificação, ela deve ser feita pelos familiares e pelos registros na pulseira de identificação e no prontuário do paciente ¹¹ . - Verificar e registrar rotineiramente os sinais vitais antes e após os dez minutos iniciais do procedimento para averiguar possíveis sinais e sintomas de reação transfusional ¹² .
	- Administrar os medicamentos de uso antes da administração do hemocomponente (se houver)	Checar medicamentos pré-transfusionais, quando prescritos ¹³ .	- Confirmar a identificação do paciente na pulseira, na prescrição médica e no rótulo do hemocomponente antes da administração de fármacos ^{3,6,7} .
	- Checar o nome completo do paciente a beira do leito e se impossibilitado, com a pulseira de identificação ou com o prontuário (identificação ativa e passiva)	Antes da transfusão, verificar a identidade do receptor (nome completo) e conferir com a bolsa. A pulseira também auxilia de modo a minimizar as chances de troca da bolsa ⁵ .	- Informar o paciente e seus familiares sobre a importância de sua correta identificação ^{3,6,7} .
	- Avaliar a permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações como infiltração ou flebite	O uso de cateteres adequados (pérvios e de grosso calibre) permite a transfusão em tempo correto sem prejuízos ao paciente e ao hemocomponente ¹³ .	Avaliar a permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações, como infiltração ou flebite, antes da instalação do produto ⁹ .

- Instalar o hemocomponente conforme prescrição médica	A transfusão deverá ocorrer somente quando prescrito por médico ¹³ .	Confirmar a identificação do paciente na prescrição médica antes da administração ⁹ .
- Utilizar equipo apropriado	Utilizar filtros específicos para reter partículas e coágulos prevenindo possíveis reações ¹³ .	- Em caso de falta de opção de via, providenciar um acesso (periférico ou central) para a infusão do hemocomponente, impedindo a interrupção de outros medicamentos contínuos que o paciente esteja recebendo.
- Instalar em via exclusiva	Nenhum medicamento deve ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem ser infundido na mesma linha venosa. (Casos excepcionais: solução de cloreto de sódio a 0,9%) ⁵ .	
- Anotar o horário de início na etiqueta de identificação do hemocomponente	Reações transfusionais: examinar os rótulos das bolsas e todos os registros para verificar se houve algum erro na identificação do paciente ou das bolsas transfundidas ¹³ .	Preencher o campo da declaração no verso da etiqueta de identificação do receptor com nome, data, horário e assinatura antes da transfusão ¹² .
- Manter a etiqueta de identificação do hemocomponente até o término da transfusão	Rótulos e etiquetas: devem ficar firmemente aderidos à bolsa plástica para a rastreabilidade da bolsa, desde a sua obtenção até o término do ato transfusional, permitindo a investigação de efeitos adversos que, eventualmente, possam ocorrer ⁵ .	
- Checar e anotar o horário de instalação na prescrição médica	Toda transfusão de sangue deve ser prescrita por um médico ⁵ .	Confirmar a identificação do paciente na prescrição médica antes da administração ⁹ .
- Checar e anotar horário de início da bolsa, volume infundido, responsável pela conferência e responsável pela instalação, em carimbo próprio	Registrar no prontuário a quantidade de sangue recebida e dados de identificação do hemocomponente ⁹ .	
- Observar os 10 minutos iniciais da transfusão e registrar sinais de reações transfusionais, se houver	Os primeiros dez minutos de transfusão devem ser acompanhados pelo médico ou profissional de saúde qualificado a fim de detectar eventuais reações adversas ⁵ .	- Orientar o paciente a comunicar qualquer reação diferente ¹² . - Quando inconsciente, permanecer ao lado do paciente para detecção de possíveis reações ¹¹ .
- Respeitar o tempo máximo para transfusão: máximo 4 horas	Os hemocomponentes devem ser infundidos em, no máximo, 4 horas. Quando esse período for ultrapassado, a transfusão deve ser interrompida e as bolsas descartadas ⁵ . Esse tempo deve ser respeitado devido ao risco de contaminação e/ou alterações de produto ⁹ .	Utilizar cateter de calibre adequado e com condições favoráveis para a transfusão ¹³ .
- Salinizar a via com solução salina após a administração do produto	Manter a permeabilidade do cateter ⁹ .	Lavar em flush com 10 ml de solução fisiológica a via de infusão, principalmente, em casos de o paciente apresentar um único acesso venoso ¹³ .
- Desprezar a bolsa de sangue após a infusão em recipiente adequado	Todo resíduo com risco biológico deve ser descartado em lixo infectante ¹⁴ .	Manter sacos ou recipientes de lixo infectante ao alcance que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura ^{9,14} .

Conclusões

O presente estudo evidencia a importância de se analisar a temática segurança do paciente no processo de hemotransfusão, pois é uma atividade relevante e que exige conhecimento científico e atenção na realização, visando à minimização de riscos envolvidos. Os achados deste estudo permitem subsidiar programas de educação continuada, sobretudo no que tange a identificação do paciente, a conferência da tipagem ABO e fator Rh do paciente e do hemocomponente e reforçar o cumprimento dos itens relacionados à conferência da prescrição médica, medidas de biosegurança e verificação dos sinais vitais antes da hemotransfusão.

O estudo demonstrou a necessidade de investimentos para garantir a administração do hemocomponente de modo seguro. Os profissionais de saúde são fundamentais, pois realizam atividades específicas e são agentes modificadores em busca de melhoria da qualidade assistencial.

Referências

- Vianna DL, Nogimi Z. Administração de medicamentos. In: Figueiredo NMA, Vianna DL, Machado WCA coordenadores. Tratado prático de enfermagem. 2ed. São Caetano do Sul: Yendis; 2008. p. 01-51.
- Ferreira O, Martínez EZ, Mota CA, Silva AM. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de Enfermagem. Rev. bras. hematol. hemoter. 2007; 29(2): 160-7.
- World Health Organization (WHO). Patient Safety Solutions; 2007. [cited 2010 dec 6]. Available from: www.who.int.
- Askeland RW, McGrane SP, Reifert DR, Kemp JD. Enhancing transfusion safety with an innovative bar-code-based tracking system. *Heathc Q*; 2009;12:85-9.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 153, de 14 de junho de 2004. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos, incluindo a coleta, o processamento, a testagem, o armazenamento, o transporte, o controle de qualidade e o uso humano de sangue, e seus componentes, obtidos do sangue venoso, do cordão umbilical, da placenta e da medula óssea. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
- The Joint Commission. Patient Safety; 2003. [cited 2010 dec 6]. Available from: <http://www.jointcommission.org>.
- Watson DS. National patient safety goals and implementation. *AORN J*. 2009; 90(1): 123-7.
- São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado de São Paulo e dá outras providências. São Paulo: Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo; 1999.
- Avelar AFM, Salles CLS, Bohomol E, Feldman LM, Peterlini MAS, Harada MJCS, et al. Dez passos para a segurança do paciente. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente- Pólo São Paulo. São Paulo; 2010.
- Brasil. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora n. 6. Aprova a Norma Regulamentadora de Equipamento de Proteção Individual. In: Brasil. Ministério do Trabalho. Portaria MTB n. 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. [legislação na Internet]. Brasília; 1978. [citado 2011 jan 30]. Disponível em: <http://www.dataprev.gov.br/sislex/paginas/05/mtb/6.htm>.
- Pedreira MLG, Harada MJCS organizadores. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.
- Comissão de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional- CAMCT. Padronização para utilização de sangue e hemocomponentes no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo [citado 2010 nov 15]. São Paulo; [s.d.]. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/cacmt/manual_transfusional_2.pdf.
- Infusion Nurses Society. Brasil. Diretrizes Práticas para Terapia Intravenosa. [s.l.]; 2008.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 306 de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. In: Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.

Qualidade e Segurança

P_110_2011 - Custo de Educação Continuada para Equipe De Enfermagem de um Hospital Universitário Público

Daniele Bernardi da Costa, Simone Domingues Garcia, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi, Maria do Carmo Lourenço Haddad, Mara Solange Gomes Dellaroza

Resumo: O presente estudo propõe-se a avaliar os custos dos programas de educação continuada. O objetivo do estudo será determinar os custos dos treinamentos realizados pela Divisão de ensino e pesquisa em Enfermagem à equipe de enfermagem de um Hospital Universitário Público. A metodologia utilizada será transversal com abordagem quantitativa. Foram analisados os dados dos registros da Divisão de Ensino e Pesquisa em Enfermagem e do Setor de Custos da instituição em estudo. Os dados obtidos foram processados eletronicamente no programa Microsoft Excel 2003. Busca-se com este estudo descrever os custos diretos e indiretos dos treinamentos realizados pela instituição.

Palavras-Chave: Educação Continuada; Custos e Análise de Custo; Custos Diretos de Serviços; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Educação continuada é um processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização e para a sociedade (KURGANT, 2005).

Segundo Souza (2004), a educação continuada é uma das formas de se proporcionar o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos recursos humanos das instituições. A capacitação e aprimoramento profissional são instrumentos importantes de valorização da equipe, que quando se torna motivada colabora na melhoria da qualidade do serviço prestado.

Na área da enfermagem, a melhoria da qualidade irá refletir diretamente no cuidado prestado ao paciente. A educação continuada atuante pode conduzir à melhoria da assistência de enfermagem, promover satisfação no serviço e melhorar as condições de trabalho na busca de um objetivo comum, através da identificação de problemas, insatisfações, necessidades e a utilização de meios e métodos para saná-los (SILVA, 1986 apud DAVID, 1999).

Para Haddad (2004) a educação do trabalhador deve se desenvolver no local de trabalho, propiciando novos conhecimentos que o capacite para a execução adequada do trabalho e que o prepare para futuras oportunidades de ascensão profissional, objetivando o crescimento pessoal e o profissional.

De acordo com Bezerra (2000) as pessoas dentro de uma organização tornam-se o capital mais importante, considerando, por um lado o que neles é investido e, por outro o retorno que esse investimento educativo representa como resultados.

As empresas, ao facilitarem a aquisição de conhecimento, estão buscando novos modelos de gerenciamento, e também estão procurando aliar a busca de conhecimento à busca de resultados, ou seja, ser revertido em produtividade, qualidade e soluções inovadoras (CASTILHO, 2000).

O desenvolvimento programas de educação continuada, nas instituições, com qualidade e excelência é necessário dispor de diferentes ferramentas. Entre elas podemos citar uma equipe motivada e preparada, uma cultura organizacional que reconheça e valorize o setor, recursos materiais disponíveis, estrutura física apropriada e um investimento financeiro adequado.

Sabe-se que apenas o investimento financeiro, disponibilizado por uma empresa para o treinamento e desenvolvimento de pessoal, não garante a excelência de desempenho dos recursos humanos, ele é um fator importante, à medida que revela uma política organizacional favorável, ou não, ao desenvolvimento dessa atividade (JERICÓ, 2004).

Os enfermeiros dos centros de educação continuada estão começando a se preocupar em dispor de informações sobre custos, uma vez que a maioria das decisões importantes dentro da instituição passa pela análise de custo-benefício, podendo desta maneira respaldar os argumentos referentes à necessidade de investimento em treinamento, bem como a alocação de recursos para essa atividade, junto à administração geral (JERICÓ, 2004).

Campos e Santos (2008, p. 98) realçam a importância do conhecimento de custos pelos enfermeiros:

[...] a gerência de custos hospitalares constitui ferramenta importante na prática dos enfermeiros, pois todos eles utilizam recursos/atividades para gerenciar os custos, mas cada um de acordo com sua formação e diretrizes da instituição em que trabalham. Essas atividades incluem observação direta dos cuidados de enfermagem prestados pelos técnicos e auxiliares, com controle de material utilizado, implantação de planilhas de controle de material, educação continuada com ênfase no trabalho em equipe e análise de planilhas de custos emitidas pela Gerência de Enfermagem.

A vivência das muitas atividades realizadas mensalmente pelo setor de Educação e Treinamento do Hospital Universitário como residente de gerência de serviços de enfermagem desta instituição, e o conhecimento sobre a importância do investimento em recursos humanos e sua qualificação para aumento da qualidade da assistência prestada, estimulou-nos a pesquisar o custo deste trabalho.

OBJETIVO GERAL

Determinar o custo dos programas de educação continuada para equipe de enfermagem de um Hospital Universitário Público.

JUSTIFICATIVA

A sociedade vem sofrendo transformações, com mudanças significativas no mercado. Atualmente a sociedade caracteriza-se pela informação, por um mercado globalizado, competitivo e impulsionado por uma tecnologia avançada. Os consumidores mais informados estão buscando serviços que ofereçam qualidade no atendimento por um preço acessível. Para atender este novo perfil de consumidores é fundamental o investimento na qualificação profissional, para que o mesmo esteja preparado para acompanhar os avanços tecnológicos e científicos.

Bezerra (2000) e Castilho (2000) afirmam que o desafio das grandes organizações é o investimento nos seus recursos humanos, visto que somente por meio do desenvolvimento das pessoas pode-se assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a sobrevivência da instituição neste cenário de mudança e competitividade.

Segundo Francisco (2002) a crescente elevação dos custos na saúde trouxe aos profissionais que militam nessa área, a necessidade de aquisição de conhecimentos sobre custos e, a sua aplicação na realização de estudos, buscando a racionalização no processo de alocação de recursos, o equilíbrio entre custos e recursos financeiros e a otimização de resultados.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Divisão de Ensino e Pesquisa em Enfermagem e no Setor de Custos de um hospital universitário público de grande porte localizado ao norte do Paraná, que é centro de referência regional para o Sistema Único de Saúde (SUS) e atua em prestação de serviço de assistência à saúde em praticamente todas as especialidades médicas, formação de recursos humanos, educação continuada, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, cooperação técnica e científica com a rede de serviços. A instituição possui 316 leitos, todos disponíveis ao SUS, sendo 272 no Hospital Universitário e os 44

restantes conveniados com a Maternidade Municipal; atende pacientes de cerca de 250 municípios do Paraná e de mais 100 cidades de outros estados, principalmente São Paulo, Mato Grosso do Sul e Rondônia.

A instituição é coordenada por um Diretor Superintendente, ao qual estão subordinados o Diretor Clínico, o Diretor de Enfermagem e o Diretor Administrativo. Ambos Diretores são designados aos seus cargos através de eleição realizada no local em estudo. Já o enfermeiro coordenador da Divisão de Ensino e Pesquisa em enfermagem é designado pelo Diretor de Enfermagem.

A Divisão de Ensino e Pesquisa em Enfermagem está lotada na Diretoria de Enfermagem, e possui como funções: Seção de Higiene Hospitalar, Setor de Recrutamento e Seleção, Setor de Orientação e Treinamento e Setor de Avaliação de Desempenho. Porém o presente estudo de limita aos programas de treinamento voltados para a equipe de enfermagem.

Os dados foram coletados dos registros da Divisão de Ensino e Pesquisa em Enfermagem e dos relatórios mensais realizados pelo Setor de Custos relacionados aos custos dos programas de educação continuada realizados no período de junho de 2009 a maio de 2010, totalizando 22 programas de treinamento. Para o cálculo dos custos utilizamos a unidade monetária brasileira, o Real.

Os dados obtidos foram processados eletronicamente no programa Microsoft Excel 2003, gerando as informações que atendam às propostas do estudo.

O estudo foi realizado após encaminhamento do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, tendo sido obtido parecer favorável com o Nº 137/10, CAAE Nº 0121.0.268.000-10. Obteve-se a autorização institucional para a execução da coleta de dados.

RESULTADOS

Atualmente enfermeiros, principalmente para a realização de suas tarefas gerenciais, vêm demonstrando um maior interesse sobre custos, embora este tema ainda não seja freqüentemente abordado pelas instituições de ensino.

A cada ano que passa podemos observar que há um aumento significativo dos gastos relacionados ao tratamento de saúde dos indivíduos, mas infelizmente o orçamento das instituições muitas vezes não acompanha tal aumento, ocasionando déficit orçamentário, que por sua vez gera diminuição de investimentos em muitas áreas, como o setor de treinamentos, essencial para a qualidade da assistência, mas muitas vezes não visto como uma das principais necessidades para o atendimento imediato ao indivíduo hospitalizado.

O enfermeiro por participar diretamente da assistência de enfermagem tem papel fundamental para a manutenção da assistência com qualidade e eficácia, e conscientização dos trabalhadores de enfermagem sobre a utilização racional dos recursos, ocasionando redução de gastos.

JERICÓ e CASTILHO (2004, pág. 327), conceituam custos diretos e indiretos:

“...configuramos custo direto aqueles gastos consumidos diretamente na execução do treinamento, ou seja, com instrutores, materiais, recursos audiovisuais e despesas gerais do treinamento, não havendo necessidade de rateio. Já o custo indireto, não se refere ao treinamento especificamente e sim às condições necessárias para a execução do treinamento, representado pela estrutura (energia elétrica, custo administrativo em geral, depreciação e outros) do CEC”.

Por meio da Tabela 1 pode-se verificar que o maior investimento deu-se no treinamento de Atualização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal (21,87%), seguido da Atualização em Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico (17,63%), embora neste treinamento não foram constatados custos referentes ao material didático nem ao local de evento, pois a atualização ocorreu dentro do próprio Centro Cirúrgico da instituição, não sendo gerado custo referente a aluguel do local do evento. Em contrapartida o menor investimento total deu-se na Atualização em insulino terapia e elaboração de protocolos (0,68%), devido ao baixo investimento indireto. Em relação ao investimento direto, observa-se que o a Atualização em enfermagem obstétrica e neonatal recebeu 20,56% do total de investimentos, equivalendo ao maior percentual, pois foi o treinamento com uma carga horária extensa de 52 horas, o que ocasiona um valor acima da média dos outros treinamentos de aluguel do local do evento. Em seguida estão os treinamentos de Atualização em enfermagem médico cirúrgica e II Atualização em terapia medicamentosa com 11,94% dos investimentos.

Tratando-se de investimento indireto, o menor investimento deu-se na Atualização em insulino terapia e elaboração de protocolos (0,68%), pois não houve custo relacionado a instrutor. Já o maior investimento foi destinado a Enfermagem Obstétrica e Neonatal (22,08%), porque devido a sua alta carga horária houve elevado gasto com instrutores, equivalendo a 1798,60 reais.

Tabela 1 – Investimento total e percentual nos treinamentos realizados no período de junho de 2009 a maio de 2010. Londrina, 2010.

Treinamentos	Investimento		Investimento		Total	%
	Indireto	%	Direto	%		
At. Em Assistência de Enfermagem em Centro Cirúrgico	1782,21	20,10%	26,22	1,88%	1808,43	17,63%
At. em Enfermagem Obstétrica e Neonatal	1957,21	22,08%	286,22	20,56%	2243,43	21,87%
Avaliação, Classificação da Dor	189,47	2,14%	46,22	3,32%	235,69	2,30%
Atendimento de PCR a Criança	354,48	4,00%	46,22	3,32%	400,7	3,91%
Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco I	98,76	1,11%	41,22	2,96%	139,98	1,36%
At. em Uso de Incubadoras- FANEM	148,71	1,68%	46,22	3,32%	194,93	1,90%
Qualidade de vida no trabalho	246,08	2,78%	26,22	1,88%	272,3	2,66%
As. de Enfermagem ao paciente submetido à anestesia durante o período trans-operatório	235,83	2,66%	26,22	1,88%	262,05	2,56%
At. em Enfermagem Médico Cirúrgica	1096,49	12,37%	166,22	11,94%	1262,71	12,31%
Cuidados voltados para o desenvolvimento do neonato I	370,16	4,18%	66,22	4,76%	436,38	4,25%
Prevenção e Controle de Infecção hospitalar em neonatologia	97,82	1,10%	26,22	1,88%	124,04	1,21%
II At. em Terapia Medicamentosa	996,59	11,24%	166,22	11,94%	1162,81	11,34%
At. Em insulino terapia e elaboração de protocolos	23,01	0,26%	46,22	3,32%	69,23	0,68%
Primeiros Socorros	110,91	1,25%	46,22	3,32%	157,13	1,53%
Boas práticas na as. de Enfermagem: da organização ao cuidado individualizado	117,81	1,33%	46,22	3,32%	164,03	1,60%
At. Na administração e descarte de quimioterápicos	155,56	1,75%	26,22	1,88%	181,78	1,77%
Manejo do Paciente Criticamente Enfermo	122,91	1,39%	46,22	3,32%	169,13	1,65%
Interpretação de Exames Laboratoriais	205,71	2,32%	46,22	3,32%	251,93	2,46%
Atualização em Acesso Venoso	173,45	1,96%	46,22	3,32%	219,67	2,14%
Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco II	117,21	1,32%	46,22	3,32%	163,43	1,59%
Cuidados voltados para o desenvolvimento do neonato II	192,16	2,17%	46,22	3,32%	238,38	2,32%
Boas Práticas na As. de Enfermagem	71,59	0,81%	26,22	1,88%	97,81	0,95%
TOTAL	8864,69	100,00%	1391,84	100,00%	10255,97	100,00%

* At (Atualização) *As (Assistência) *PCR (Parada Cárdiorrespiratória)

Segundo dados da Assessoria Técnica de Enfermagem, atualizados em maio de 2010, 720 funcionários dentre enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem trabalham atualmente na instituição. No entanto quando calculado a média de participantes por evento, obtivemos um valor abaixo do esperado, 35 participantes por evento. Já que todos os treinamentos são gratuitos e abertos a todos os profissionais de enfermagem da instituição.

A ausência de muitos profissionais durante os treinamentos podem ser influenciadas pelo horário em que o treinamento é realizado, pois pode coincidir com seu horário de trabalho, falta de conhecimento sobre os treinamentos, ou mesmo, a falta de interesse e valorização do treinamento por tais profissionais.

CONCLUSÕES

A ausência de parâmetros nacionais e estudos similares e recentes dificulta a análise dos dados e a comparação com outras instituições.

Evidencia-se o papel primordial do enfermeiro dos setores de educação e treinamento para a adequada qualificação dos profissionais de enfermagem, sempre em busca de melhorias na prestação de seus serviços e condições de trabalho. Quando atualizado a respeito do gerenciamento de custos o enfermeiro torna-se ferramenta importante para o uso correto dos recursos utilizados na assistência direta ao paciente, diminuindo os gastos.

Conclui-se que o gerenciamento de custos em enfermagem deve estar voltado para a redução de custos e a otimização dos recursos, mantendo a qualidade, a eficácia e a eficiência.

Referências

- BRAGA, Aline Togni; MELLEIRO, Marta Maria. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. spe2, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600012&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342009000600012.
- BEZERRA, A. L. Q. o contexto da educação continuada em enfermagem na visão dos gerentes de enfermagem e dos enfermeiros de educação continuada. *Revista O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 352-356, set./out. 2000.
- CASTILHO, V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento de pessoal. *Revista O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.24, n.5, p.357-360, set-out, 2000.
- JERICÓ, M.C. CASTILHO, V. O investimento financeiro em recursos humanos: uma experiência em hospital. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.5, set-out, 2001.
- JERICO, Marli de Carvalho; CASTILHO, Valéria. Treinamento e desenvolvimento de pessoal de enfermagem: um modelo de planilha de custos. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 38, n. 3, Sept. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342004000300011.
- KURCGANT, P. et al. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo: Guanabara Koogan, 2005.
- PASCHOAL, Amarilis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MEIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, Sept. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 31 Jan. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342007000300019.

Avaliação de Tecnologia

P_111_2011 - Necessidades de cuidados de enfermagem segundo o *Nursing Activities Score* (NAS) de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva

Amanda Nolasco de Assunção, Regiane Pereira Martins Lima

Resumo: Foi realizado um estudo dos pacientes internados na UTI de setembro a novembro de 2008 com uma análise da média do Nursing Activities Score (NAS) de acordo com os dias de internação e uma análise bivariada de características epidemiológicas e valores de média de NAS. Este estudo encontrou uma alta carga de trabalho de enfermagem em pacientes com muitos dias de internação; permanência maior de 7 dias ($p=0,009$) e óbito ($p=0,002$). Conclui-se que o NAS é um excelente instrumento para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem.

Palavras-chave: unidade de terapia intensiva, carga de trabalho, qualidade da assistência à saúde.

Introdução: Em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), exige-se muito do cuidado de enfermagem, tendo em vista a complexidade dos pacientes e também ao tratamento exigido, além da terapêutica armada para fins diagnóstico que demandam tempo e exigem profissionais altamente capacitados.

O cuidado de enfermagem intensivo é diferente das demais unidades de internação. O paciente crítico e sua família demandam um cuidado muito próximo. O paciente pelo estado de gravidade e emocional em que se encontra vivencia sentimentos de medo e angústia; a família por encontrar seu ente querido em um ambiente tão estranho sem conhecer os equipamentos envolvidos na assistência e muitas vezes responsáveis pela manutenção da vida do paciente.

As inúmeras atividades desenvolvidas por essa equipe ao longo de um dia, as circunstâncias em que pacientes e familiares se encontram, de sofrimento e expectativas, tornam a equipe susceptível a estresse físico, mental e emocional. Tudo isso podendo se refletir na qualidade da assistência prestada quando não sendo foco de atenção por parte dos gestores responsáveis pelas UTIs.

Os trabalhadores de enfermagem, hoje representam uma grande porcentagem na área hospitalar, e em unidades de terapia intensiva, pela demanda de necessidades dos pacientes a serem atendidos, a relação paciente/profissional de enfermagem é muito maior que em outras unidades de internação. Isso torna o dimensionamento de pessoal de enfermagem, algo a ser calculado com precisão, uma vez que, uma equipe superdimensionada implica em alto custo, enquanto uma equipe reduzida tende a determinar a queda da eficiência, com aumento do período de internação, aumento da mortalidade/morbidade e maior custo no tratamento (GONÇALVES e PADILHA, p. 646, 2007).

Durante muito tempo, nas UTIs, utilizou-se a razão mortalidade/morbidade como parâmetro para descrever resultado de eficiência do cuidado prestado, porém nos últimos anos a demanda de trabalho de enfermagem vêm sendo também utilizada, devido ao seu impacto na qualidade da assistência (GONÇALVES e PADILHA, p. 646, 2007).

Isso mostra que a busca pelo conhecimento das necessidades de cuidados dos pacientes, por uma equipe de enfermagem quantitativa e qualitativamente adequada a essas necessidades deve ser foco dos gestores de saúde para se atingir qualidade da assistência e a satisfação dos pacientes.

Vários estudos internacionais foram realizados e propostos instrumentos para a mensuração da carga de trabalho de enfermagem. Porém o mais conhecido e aplicado atualmente é o Nursing Activities Score (NAS). O NAS permite através da mensuração diária da carga de trabalho de enfermagem, uma distribuição diária do uso de recursos humanos relativa aos pacientes internados na UTI e também o aprimoramento dos planejamentos e a eficácia de custos e auditorias em UTI.

Ele abrange um total de 23 itens, com alguns mutuamente excludentes. A pontuação total final do NAS indica a porcentagem de tempo gasto pelos profissionais de enfermagem na assistência direta ao paciente, atingindo um total de 176,8% (DUCCI e PADILHA, p.583, 2008).

Objetivos: Este estudo teve por objetivos analisar a evolução diária de pacientes internados em UTI segundo o Nursing Activities Score (NAS) e relacionar características epidemiológicas (idade, sexo, dias de internação e óbito) com as necessidades de cuidados de enfermagem.

Justificativa: A análise da evolução diária dos pacientes internados em UTI através do NAS, pode tornar possível a determinação das melhorias no processo de enfermagem e também na distribuição de deveres entre os vários profissionais na UTI (ANDREI *et al*, p.2060, 2006). Essa análise também pode conduzir a melhoras no atendimento destes pacientes, através de um dimensionamento de pessoal e recursos materiais adequados; no direcionamento de treinamentos voltados para as principais intervenções; e na determinação dos pacientes com maior/menor necessidade de cuidados de terapia intensiva.

Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, retrospectivo e com uma abordagem quantitativa. Os dados para esta pesquisa foram coletados dos pacientes internados na UTI Adulto de um hospital geral universitário, que completaram um período de internação maior que 24 horas e que apresentaram data de internação entre 01 de setembro a 29 de novembro de 2008. O NAS, na unidade em questão foi preenchido pelos enfermeiros, residentes e acadêmicos de enfermagem neste período por uma solicitação da gerência geral de enfermagem. Os pacientes que apresentaram permanência na unidade além deste período, foram excluídos desta pesquisa, por não apresentarem as fichas do NAS preenchidas durante toda a internação. Nesta unidade internam pacientes de especialidades clínicas e cirúrgicas, com idade superior a 12 anos. Esta UTI atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outros convênios/privados e particulares. Na instituição existe uma unidade de cuidado intensivo para pacientes com afecções cardiológicas (Unidade Coronariana) que fica em uma área física separada da UTI Adulto geral, cujos pacientes não foram incluídos nesta pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizada uma Ficha de Coleta Individual, com as variáveis que foram analisadas na pesquisa: de caracterização epidemiológica dos pacientes (idade, sexo, causa de internação) e de evolução clínica na UTI (dias de internação e tipo de saída).

Os dados da pesquisa foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – Campinas, segundo diretrizes e normas regulamentadoras, envolvendo seres humanos constante na Resolução 196/96 CNS, protocolo 382/09.

Após a coleta os dados foram digitados em uma planilha do Excel e consecutivamente exportados, analisados e tabulados no programa Epi Info – versão 6.04.

Foi realizada uma média NAS de todos os pacientes por dia de internação (soma dos NAS de todos os pacientes dividido pelo total de pacientes por dia de internação). Também foi realizada uma análise bivariada com algumas características epidemiológicas, como idade, sexo, permanência e ocorrência do óbito e a média NAS de cada paciente (soma de todos os NAS do paciente dividido pelos dias de internação). Para a análise de correlação entre as variáveis foi aplicado o teste do qui-quadrado (χ^2), sendo considerado o valor de $p = 0,05$ (JECKEL *et al.*, p.147, 2001).

Resultados e discussão: Estiveram internados na UTI nos meses de setembro a novembro de 2008 um total de 173 pacientes. A caracterização dos pacientes que estiveram internados neste período na UTI, apresentou como faixa etária predominante de 61 a 70 anos (24,1%). O sexo masculino foi o que apresentou um maior número de internação, representando 53,6 % dos pacientes pesquisados. A média de internação destes pacientes foi de 5,08 dias, com mais de 50% com período de internação entre um a três dias, seguido por quatro a seis dias e variação de 1 a 30 dias. Com relação à condição de saída, verificou-se que a grande maioria dos pacientes sobreviveu (77,7%) e apenas 22,3 % não sobreviveram. As causas de internação de maior frequência encontradas nesta pesquisa foram as Neoplasias (Capítulo 2 da CID 10) com 28,6 % das internações, seguida pelas Doenças do Aparelho Circulatório (Capítulo 9 da CID 10) com 24,1% das internações.

Do total de 112 pacientes, foram realizados 442 registros do NAS, sendo que 120 dias este registro não foi feito, ou seja, 21,4% dos registros do NAS não foram realizados. Isso talvez se justifique pela demanda de atividades por parte dos enfermeiros desta unidade e/ou pela falta de reconhecimento da importância do instrumento.

A média NAS encontrada neste estudo foi de 52,73%, com valores limites de 18,6% e 94,5%. Quando comparada a médias encontradas em outras pesquisas nacionais, esta se apresenta relativamente baixa. Na literatura encontramos valores frequentes que variam entre 65,5% (CONISHI e GAIDZINSKI, p.348, 2007) a 69,9% (GONÇALVES e PADILHA, p. 648, 2007), chegando a 73,7% em um estudo realizado em UTI cardiológica de alta complexidade (DUCCI *et al.*, p.675, 2008), e um com média NAS de 51,5% (NOGUEIRA *et al.*, p.328, 2007), o que foi mais próximo da média encontrada neste estudo.

Na análise da evolução do NAS por dia de internação, este estudo encontrou uma relativa elevação do valor do NAS conforme o aumento dos dias de internação, com valores máximos encontrados no 20º e no 22º dia de internação, com média NAS de 64,7% em ambos. Excetuando dois dias (1º e 16º) a média NAS se apresentou acima de 50%, resultado semelhante a um estudo realizado em UTI de um hospital universitário do município de São Paulo (GONÇALVES *et al.*, p.57, 2006) em que se obteve em todos os dias de internação média NAS acima de 50%. Neste mesmo estudo observou-se aumento gradativo da média NAS até o oitavo dia, que apresentou a maior média diária (73,5%), seguido por uma queda gradativa até o vigésimo dia (56,2%). No presente estudo observou um aumento gradativo da média NAS, com algumas oscilações até o vigésimo segundo dia, seguido por um decréscimo da média até um valor de 55,7% no trigésimo dia e uma manutenção da média em torno de 59% até o trigésimo quarto dia.

Tais resultados mostram que pacientes com muitos dias de internação continuam recebendo grandes investimentos terapêuticos e demandam alta carga de trabalho (GONÇALVES *et al.*, p.57, 2006). Considerando que quase todos os pacientes com tempo de permanência maior que 15 dias são pacientes com idade superior a 60 anos, como exposto na caracterização da amostra, fica evidente a manutenção do investimento terapêutico apesar da idade.

É importante conhecer também os fatores que podem afetar a carga de trabalho de enfermagem. Muitos estudos já foram publicados a respeito desses fatores com alguns resultados importantes. Esse estudo também se propôs a realizar tal análise, a partir da consideração de que o conhecimento de tais fatores pode anteceder as exigências de pessoal de enfermagem (PADILHA *et al.*, p.199, 2008) e permitir o estabelecimento de estratégias para admitir o paciente na unidade e dar continuidade do cuidado desde o primeiro dia (GONÇALVES e PADILHA, p. 649, 2007). Na análise de correlação (Tabela 1), gênero não apresentou influencia estatisticamente significativa ($p=0,604$), assim como encontrado em demais estudos (GONÇALVES e PADILHA, p. 649, 2007; PADILHA *et al.*, p.200, 2008). Idade maior que 60 anos também não apresentou influencia significativa na carga de trabalho elevada ($p=0,986$), resultado também encontrado em outros estudos (GONÇALVES e PADILHA, p. 649, 2007; PADILHA *et al.*, p.199, 2008; GARCIA *et al.*, p.198, 2005). Essa idade, acima de 60 anos foi escolhida porque apresentou 50% de frequência nessa pesquisa e também porque a maioria dos trabalhos relacionam a essa faixa etária com carga de trabalho.

Houve relação estatisticamente significante para tempo de internação maior ou igual a 7 dias ($p=0,009$). Dois estudos realizados encontraram influencia do tempo de internação maior que seis dias com carga de trabalho (PADILHA *et al.*, p.201, 2008; GARCIA *et al.*, p.199, 2005) e um estudo feito apenas com os valores de NAS do primeiro dia de internação também encontrou valor significativo para permanência na UTI (GONÇALVES e PADILHA, p. 650, 2007). E por último a análise da associação entre o tipo de saída da UTI, apresentou influencia significativa com a carga de trabalho ($p=0,002$), ou seja, pacientes que foram a óbito apresentaram uma maior demanda de intervenções. Outros estudos a respeito de fatores relacionados a carga de trabalho também encontraram relação significativa com tipo de saída (GONÇALVES e PADILHA, p. 650, 2007; PADILHA *et al.*, p.200, 2008; GARCIA *et al.*, p.198, 2005).

Tabela 1. Fatores relacionados à carga de trabalho de enfermagem.

Variáveis	Média NAS		p (valor)*
	≤49,9%	≥50%	
Genero			0,604
Feminino	28	17	
Masculino	32	26	
Idade			0,986
< 60 anos	31	23	
≥ 60 anos	29	20	
Permanência			0,009
< 7 dias	52	27	
≥ 7 dias	8	16	
Saída			0,002
Alta	53	26	
Óbito	7	17	

* Teste de qui-quadrado com correção de Yates

Nos estudos encontrados foram analisadas as relações de carga de trabalho com procedência, gravidade, tipo de tratamento e motivo de internação, não sendo encontradas influências significativas. Porém um estudo relacionou carga de trabalho elevada com valores do TISS-28 e do SAPS II, encontrando em uma regressão logística, que valores de TISS-28 acima de 23 pontos aumentam 5,45 vezes a possibilidade de altos valores de NAS, e que altos valores de SAPS II (acima de 46,5) aumentam 2,78 vezes as chances de altos valores de NAS (PADILHA *et al.*, p.202, 2008).

O conhecimento desses fatores relacionados a alta carga de trabalho de enfermagem em UTI se torna de fundamental importância para a avaliação dos gestores e supervisores, na medida em que lhes proporciona prever o aumento da carga de trabalho da unidade a partir do conhecimento de mudanças em seu perfil admissional. Também é importante para aqueles que promovem as estratégias de atendimento, na medida em que lhes permite organizar sua assistência a partir do conhecimento de algumas características dos pacientes que poderão interferir em sua carga de trabalho e dinâmica organizacional.

Conclusões: Com relação aos resultados, observa-se enquanto perfil epidemiológico um quadro muito semelhante a outras UTIs, com uma população relativamente significativa de idosos, uma baixa permanência em UTI e um número importante de pacientes internados por neoplasias e por doenças do aparelho circulatório. Dados esses que levam a acreditar em uma futura ocupação majoritária de pacientes idosos por doenças crônico-degenerativas em UTI.

A análise da evolução diária com um aumento importante do valor do NAS com o aumento dos dias de internação, mostra um incremento da carga de trabalho de enfermagem em pacientes com muitos dias de internação, sendo a maioria também idosa, o que pode ser justificado pelo aumento da dependência da equipe de enfermagem.

Com relação aos fatores relacionados a carga de trabalho ficou comprovado que permanência maior que sete dias se relaciona com carga de trabalho de enfermagem elevada, bem como a ocorrência do óbito. Os demais fatores analisados (sexo e idade maior de 60 anos) não apresentaram relação significativa.

A partir das análises aqui levantadas pode-se ver a dimensão que representa a análise desse instrumento. Os resultados aqui encontrados complementarão as pesquisas já realizadas, mas muitos outros estudos ainda devem ser feitos sobre as intervenções terapêuticas em UTI, a evolução diária dos pacientes e sobre os fatores relacionados com a carga de trabalho de enfermagem. Tudo isso para que se possa construir um conhecimento cada vez mais solidificado e amplo sobre o assunto, que possa servir para a aplicação na prática em UTI e melhora da assistência.

O NAS está este ano sendo implantado na UTI onde foi realizado o estudo, em substituição do instrumento atualmente utilizado para classificação de pacientes/ dimensionamento de pessoal, o TISS-28, com os objetivos de adequar o quadro de pessoal de enfermagem da unidade e de utilizar na prática diária as análises as quais o instrumento permite.

Referências

- ANDREI *et al.* Índices prognósticos em Terapia Intensiva. In: KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave*. 3ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, v. 2, p. 2055-2062, 2006.
- CONISHI, R.M.Y. GAIDZINSKI, R.R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI Adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.41, n. 3, p. 346-54, 2007.
- DUCCI *et al.* Carga de trabalho de enfermagem para quantificar proporção profissional de enfermagem/paciente em UTI cardiológica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.42, n.4, p.673-680, 2008.
- DUCCI, A.J.; PADILHA, K.G. Nursing activities score: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 581-587, 2008.
- GARCIA *et al.* Intervenções terapêuticas em Unidade de Terapia Intensiva: análise segundo o Therapeutic Intervention Scoring System – 28 (TISS - 28). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.58, n.2, p.195-199, 2005.
- GONÇALVES *et al.* Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.59, n. 1, p. 56-60, 2006.
- GONÇALVES, L.A.; PADILHA, K.G. Fatores relacionados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.41, n.4, p. 645-652, 2007.
- JEKEL *et al.* Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva. São Paulo: Artmed. 2001. p. 147-189.
- NOGUEIRA *et al.* Nursing Activities Score: comparação com o Índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.19, n.3, p. 327-330, 2007.
- PADILHA *et al.* Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. *Intensive and Critical Care Nursing*, v. 24, p. 197-204, 2008.

Qualidade e Segurança

P_112_2011 - Otimização de custos e inovação no layout do carro de emergência: segurança e qualidade.

José César Ribeiro, Ana Lucia Capacho Lorena Abrahão, Siomara Tavares Fernandes Yamaguti

Resumo: Este projeto tem como idéia demonstrar uma inovação que racionalizou, agilizou o atendimento á ressuscitação cardiopulmonar, contribuiu para o gerenciamento de risco e *reduziu os custos desta*. Levando em consideração as diretrizes da *American Heart*, da Sociedade Brasileira de Cardiologia , os padrões do Manual de Acreditação da JCI e a opinião da Equipe Interdisciplinar do Grupo de Emergência, desenvolveu-se uma nova padronização do procedimento de ressuscitação cardiopulmonar, através da criação de carros de emergência, onde todo o material necessário para a realização das manobras de atendimento a vítimas de parada cardiorrespiratória está devidamente identificado, localizado e configurado de acordo com o grau de atendimento, urgência ou emergência. Como resultado, a redução de custos de equipamento e material, a diminuição de tempo no atendimento e a queda no número de pacientes encaminhados à UTI por conta da deteriorização do estado clínico.

Palavras-Chave: Enfermagem;Carro de Emergência; Layout; Segurança;Qualidade

INTRODUÇÃO:

Desde o surgimento das primeiras tentativas da ressuscitação cardiopulmonar (RCP) ocorreram muitos avanços em sua realização,o que contribuiu para salvar vidas tanto no atendimento pré quanto intra-hospitalar.

A necessidade de padronização do procedimento de RCP, com o objetivo de se ganhar tempo, trouxe a criação dos carros de emergência, onde todo o material necessário para a realização das manobras devem estar disponibilizados.

No Brasil não há carros de emergência que ofereçam todos os recursos necessários(medicamentos,materiais e equipamentos) para o atendimento aos pacientes, vítimas de Parada Cardio Respiratória (PCR), e aos profissionais que o assistem;por isso foi criado um novo "layout" de padronização destes.

OBJETIVOS:

Padronizar a quantidade de materiais e medicamentos dos carros de emergência;

Estabelecer novo layout dos carros de emergência promovendo maior segurança no atendimento

Agilizar o atendimento da Equipe Interdisciplinar à PCR ou situações de urgência e emergência;
 Facilitar à visualização e o acesso às medicações de primeira escolha, no atendimento as situações de urgência e emergência;
 Minimizar as chances de Eventos Adversos às situações de urgência e emergência;
 Reduzir custos e otimizar o aproveitamento dos Carros e equipamentos já existentes na instituição.

MÉTODO:

Através da criação/reestruturação do grupo de Emergência em Abril de 2009 e a participação da equipe Interdisciplinar na padronização destes, observou-se a possibilidade em reduzir 3 carros de emergência-METRO inicialmente localizados nas Unidades de internação, 02 carros-METRO da Emergência da Hemodinâmica e 01 carro FLASH do Centro Diagnóstico. Contudo a resolução 07/2010 diz que teremos que ter um carro com desfibrilador para cada 05 leitos de U.T.I. ,desta forma ,compartilhamos com a UTI a necessidade desta reposição evitando a compra de equipamentos e carros de Emergência .

Com a revisão dos documentos/ manual de conferência do carro em todos os setores do hospital, houve a uniformização dos processos institucional.Reestruturação esta embasada nas Diretrizes de Apoio ao suporte Avançado de vida em Cardiologia - **Código Azul** – Registro de Ressuscitação e Normatização do Carro de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia , onde indicam os níveis de prioridade para padronização nos carros de emergência, sendo:

- Nível de prioridade I – essencial deve estar disponível de imediato.
- Nível de prioridade II – item altamente recomendável deve estar disponível em 15 minutos.
- Nível de prioridade III – item recomendado, mas opcional.

Avaliado também pelo grupo a adequação frente aos padrões referentes a atendimento de emergência, descritos no Manual de Acreditação da JCI/CBA.

CAPÍTULOS: ACC, AOP, COP, MMU, PCI

PADRÕES

ACC

ACC1 – Os pacientes são admitidos para receber cuidados hospitalares em regime de internação ou são registrados para serviços externos, com base na avaliação de suas necessidades de cuidado e de acordo com a missão e os recursos da instituição.

ACC 1.1.1 – Pacientes com necessidades imediatas ou de emergência recebem prioridade de avaliação e tratamento.

ACC1.1.2 – As necessidades dos pacientes, de serviços preventivos, paliativos, curativos e de reabilitação são priorizadas com base em suas condições, no momentos de sua internação na instituição.

ACC. 2 - A instituição elabora e executa processos para proporcionar a continuidade do cuidado ao paciente dentro da instituição e a coordenação desse cuidado entre os profissionais de saúde (ACC. 2.1)

PFR

PFR 1 – A instituição é responsável pelo estabelecimento de processos de apoio aos direitos do paciente e de seus familiares durante a prestação do cuidado.

PFR 1.2 – A necessidade de privacidade durante o processo de cuidado é respeitada.

PFR 2 – A instituição apóia o direito dos pacientes e familiares de participar no processo do cuidado.

PFR 2 .1.1 – A instituição informa aos pacientes e familiares como serão comunicados a respeito dos resultados do cuidado e do tratamento, incluindo resultados não previstos e quem irá informá-los.

PFR 2.3 - A instituição respeita os desejos e preferências do paciente em submeter-se ou não a medidas de ressuscitação ou a outros tratamentos de sustentação da vida.

AOP

AOP1 – As necessidades de todos do pacientes são atendidas pela instituição são identificados através de um processo de avaliação bem estabelecido.

AOP1.3.1 – A avaliação médica e de enfermagem dos pacientes de emergência é apropriada às suas necessidades e condições.

AOP 2 – Todos os pacientes são reavaliados em intervalos apropriados para determinar sua resposta ao tratamento e planejar a continuidade do tratamento ou a alta.

AOP 4.1 – As necessidades de cuidado mais importantes e urgentes são identificados.

COP

COP 1. Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis.

COP 3. Políticas e procedimentos orientam o cuidado aos pacientes de alto risco e a disponibilização de serviços de alto risco.

MMU

MMU 3. 2. Quando armazenados fora da farmácia, os medicamentos de emergência estão disponíveis, monitorados e em segurança.

PCI

PCI 1.6 – A instituição identifica os procedimentos e processos associados ao risco de infecção e implemente estratégias para reduzir esse risco.

PCI 7.2 – A instituição reduz riscos de infecções através do descarte adequado de instrumentos cortantes e agulhas.

MCI. 3 - A educação dos pacientes e seus familiares e a comunicação com eles têm formato e linguagem compreensíveis.

SQE. 8 - Cada profissional recebe treinamento em serviço e outras formas de educação continuada para manter ou aprimorar suas habilidades e conhecimentos

O Projeto, de readequação dos recursos disponíveis e inovação do layout, foi apresentado à Superintendente Assistencial e Ger. de Enfermagem para Validação.

RESULTADO:

Visto ser o atendimento a PCR um procedimento que requer conhecimento, habilidade, agilidade e organização da Equipe Multiprofissional, o carro de emergência torna-se um item da maior importância dentro deste contexto. Um carro de emergência completo e de fácil visualização proporciona melhores resultados e menos estresse entre os profissionais de saúde envolvidos no atendimento.Toda nova reestruturação otimizou custos na área de medicamentos relacionado a padronização conforme as diretrizes preconizada E também, em menos eventos adversos. .

A adequação dos carros resultou no investimento inteligente de recursos.

CONCLUSÃO:

Este novo modelo de carro de emergência trouxe grandes benefícios para os Clientes, Equipe Multiprofissional e para a Instituição que se alinha com as boas práticas de qualidade e segurança no atendimento à saúde .

Projeto classificado em 1º Lugar por meio de votação eletrônica entre os 39 trabalhos desenvolvido conforme o Ciclo P.D.C.A na 5ª Exposição da Qualidade desta instituição no período de -01 a 04 de Novembro 2010.

Referências

- Institute of Healthcare Improvement – Campanha 5 Milhões de Vidas – <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>
- Saklayen M, Liss H, Markert R. In-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Medicine*, 1995; 74:163-175.
- RM Schein, N Hazday, M Pena, BH Ruben and CL Sprung. Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. *Chest* 1990;98:1388-1392.
- Recommended Guidelines for Monitoring, Reporting and Conducting Research on Medical Emergency Team, Outreach, and Rapid Response Systems: an Utstein-Style Scientific Statement. *Circulation*. 2007; 116: 2481 -2500.
- Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, et al. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. *Med J Aust*. 2003;179(6):283-287.
- Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med*. 2004; 32(4):916-921.
- MERIT Study Investigators. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*. 2005;365:2091-2097.)
- ILCOR Members Organizations, Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation .

Qualidade e Segurança

P_119_2011 - Eventos Adversos em Pacientes Cirúrgicos: Percepções da Equipe De Enfermagem

Juliana de Abreu Tatarli, ELENA BOHOMOL

Resumo: Para conhecer a opinião da equipe de enfermagem sobre as causas da ocorrência de eventos adversos em um centro cirúrgico, foi realizada uma investigação *survey* descritivo/exploratória, em uma instituição hospitalar na cidade de São Paulo. Foi aplicado o questionário aos profissionais de enfermagem da unidade e considerou-se como causa "muito freqüente": a passagem de plantão ser feita de forma corriqueira, considerar como rotina os procedimentos eletivos e falta de comunicação entre equipes. Conclui-se que a assistência prestada não depende apenas de uma única pessoa e que todos devem estar preparados para observar os riscos inerentes ao processo operatório.

Palavras Chaves: 1. Assistência ao paciente; 2. Gerenciamento de segurança; 3. Procedimentos cirúrgicos operatórios; 4. Enfermagem perioperatória.

Introdução

A busca pela qualidade da assistência nos serviços hospitalares tem sido tema de atenção crescente entre os profissionais de saúde, em especial, aos aspectos referentes à segurança dos pacientes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a "ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente associados aos cuidados de saúde"⁽¹⁾.

Os procedimentos cirúrgicos e todas as interfaces relacionadas à sua indicação, técnica cirúrgica, anestesia, controle de infecção, uso de equipamentos tecnológicos e dispositivos especiais, administração de medicamentos, sangue e hemoderivados e a recuperação e alta do paciente, merecem atenção quanto aos critérios de segurança, uma vez que se trata de procedimento freqüente nas instituições hospitalares e para o sucesso de sua realização envolve diversas etapas e diferentes profissionais.

A OMS estima que são realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano, com vistas a aumento de enfermidades cirúrgicas na próxima década, representadas pelas doenças cardiovasculares, traumas, câncer e maior esperança de vida da população⁽²⁾.

Todavia, na atenção cirúrgica há problemas relacionados à segurança do paciente e eventos adversos (EA) também ocorrem. São entendidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes e que não são atribuídas à evolução natural da doença de base. Estima-se que haja em torno de 3 a 16% de complicações nos procedimentos cirúrgicos, resultando em sete milhões de situações incapacitantes e com índices de mortalidade entre 0,4 a 0,8%⁽²⁾.

Os EA, além de trazerem danos ao paciente, aumentam o tempo de permanência no hospital e o risco de óbito. Infecções relacionadas à infecção do sítio cirúrgico implicam em um aumento em torno de sete dias no tempo médio de internação, além dos custos relacionados ao seu tratamento. Estudo australiano revelou que 17% dos pacientes cirúrgicos apresentaram algum EA grave⁽³⁾.

O Colégio Americano de Cirurgias publicou um relatório em que analisa 248 eventos-sentinel (ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função)⁽⁴⁾ de hospitais acreditados relatando os índices de cirurgias do lado errado por especialidades. Verificou-se que 41% estavam relacionados aos procedimentos ortopédicos, 13% aos neurocirúrgicos e 11% aos urológicos. No entanto, praticamente todas as áreas foram afetadas em maior ou menor percentual, sugerindo que o problema existe em qualquer especialidade médica. O relatório apresentou, também, as causas que contribuíram para o evento, que incluíam as situações de emergências; características físicas não usuais dos pacientes, como obesidade mórbida e deformidades físicas; pressão em relação ao tempo para o início ou finalização do procedimento; agendamento de última hora; equipamentos não usuais para realização do procedimento; equipe cirúrgica numérica e diversos procedimentos a serem realizados em um único processo cirúrgico⁽⁵⁾.

Os dados desse relatório permitiram sugerir medidas para prevenção dos problemas encontrados e que foram adotadas como padrões a serem cumpridos pelos hospitais acreditados ou que buscam a acreditação pela *The Joint Commission e Joint Commission International* (JCI), nos Estados Unidos da América e demais partes do mundo.

No capítulo Metas Internacionais o padrão deve assegurar a realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto. Tal padrão é considerado conforme caso a instituição apresente todos os elementos de mensuração, como a utilização de marcação instantaneamente reconhecível para a identificação do local da intervenção cirúrgica envolvendo o paciente no processo de marcação; utilização de lista de verificação ou outro processo, antes da cirurgia, observando se o local de intervenção, o procedimento e o paciente são os corretos e se todos os documentos e equipamentos necessários estão à mão, se são corretos e se estão funcionando; pausa (*time-out*) conduzida e documentada pela equipe cirúrgica completa, imediatamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico; e políticas e procedimentos desenvolvidos de forma a apoiar processos uniformes que assegurem a realização do procedimento correto, no local correto, no paciente correto, incluindo os procedimentos médicos e odontológicos realizados fora do centro cirúrgico⁽⁴⁾.

A OMS implementou um programa em 2007-2008, denominado "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", propondo a utilização de uma lista de verificação (*checklist*). Esta lista dispõe de três partes essenciais que são o *Sign in* (antes do início da indução), *Time out* (pausa antes do início do procedimento cirúrgico) e *Sign out* (antes do paciente deixar a sala), com diversos itens a serem verificados em conjunto com a equipe multidisciplinar, visando melhorar os padrões de segurança cirúrgica nas instituições de todo o mundo. A OMS propõe, ainda, que cada país ou instituição adapte a lista às suas necessidades específicas, tornando as etapas do procedimento cirúrgico como pontos-chave para a segurança do paciente⁽²⁾.

Atualmente, 3.865 hospitais, representando 122 países, registraram-se para participar do programa e 25 países tem mobilizado recursos para a implantação do programa em nível nacional e o Brasil abraçou este desafio.

Objetivo

Conhecer a opinião da equipe de enfermagem das causas da ocorrência de eventos adversos em um Centro Cirúrgico.

Justificativa

O Centro Cirúrgico é um setor importante em um hospital ou, pelo menos, um dos que mais atrai atenção pela evidência dos resultados, dramaticidade das operações, importância demonstrativa e didática e, principalmente, pela decisiva ação curativa da cirurgia. É também o setor mais caro, em virtude dos altos investimentos em tecnologia e insumos diferenciados⁽⁶⁾.

O ato cirúrgico é de responsabilidade do cirurgião bem como a anestesia é do anestesista. Todavia, existem diversos setores e profissionais envolvidos no sucesso do procedimento cirúrgico: a enfermagem disponibiliza recursos, prepara os instrumentais, admite e encaminha o paciente; a engenharia, que tem a responsabilidade em manter os equipamentos cirúrgicos e anestésicos em perfeitas condições de uso; compras e abastecimento, com a aquisição de insumos adequados, com estoque em condições viáveis e validade de uso, são alguns exemplos.

A segurança do processo perioperatório é de responsabilidade de todos os profissionais que atuam na área. No entanto, é comum à equipe de enfermagem capitanear processos de melhoria e monitorar protocolos que garantam esta segurança, vencendo as dificuldades em um ambiente onde se vê a conservadora autonomia da equipe médica, situações de alta complexidade e dificuldades de interação profissional⁽⁷⁾.

Entende-se como oportuna esta pesquisa, visto que a instituição pesquisada iniciou o processo de acreditação pela JCI, em 2008 e a segurança do paciente cirúrgico envolveu muitas discussões multiprofissionais, que foram fundamentais para sua maturação e implementação de melhorias na assistência à saúde. A equipe de enfermagem esteve inserida nele.

A enfermagem tem, também, responsabilidade na prevenção de EA e deve agir como defensor do paciente alertando outros profissionais para eventuais problemas que possam ocorrer. Contudo, verifica-se permanente necessidade de conscientizar e treinar os profissionais para superar as dificuldades inerentes ao contexto perioperatório e para tanto, deve-se conhecer os reais motivos que dificultam a equipe de enfermagem a desempenhar seu papel.

Método

O presente estudo é um desenho de pesquisa não-experimental sendo uma investigação de categoria *survey* descritivo/exploratório, realizada em uma instituição hospitalar privada, de médio porte, com 111 leitos, na cidade de São Paulo. Foi selecionada a unidade de Centro Cirúrgico, composta por sete salas operatórias e oito leitos de recuperação anestésica, com atendimento a pacientes adultos.

A população constituiu-se do quadro de funcionários de enfermagem da unidade. O grupo foi composto de 40 profissionais, sendo oito enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem. Foram excluídos os profissionais em cargo de chefia e com atividades burocrático-administrativas.

Foi elaborado um questionário com 15 afirmativas, fundamentadas em levantamento bibliográfico sobre o processo perioperatório, principais iatrogenias e eventos adversos cirúrgicos, além da experiência profissional dos pesquisadores. Para que os sujeitos pudessem especificar o seu nível de concordância, foi utilizada Escala de Likert, classificando-as em causa "muito frequente", "frequente", "pouco frequente" ou "sem frequência". O questionário contou, também, cinco questões fechadas para caracterização da população e uma questão aberta.

A coleta de dados foi no mês de Abril de 2010, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição hospitalar, sob o protocolo número 516/09 e registro no CAAE - 0047.0.360.360-09, no Sistema Nacional de Ética e Pesquisa.

Aos colaboradores foi entregue carta-convite com a apresentação da pesquisa, questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicitou-se o prazo de 30 dias para o retorno do questionário e assinatura da concordância no Termo.

Para análise dos dados obtidos foi utilizada estatística descritiva, apresentando os achados em número e frequência e uso de tabelas.

Resultados

Característica da população

Foram distribuídos 40 questionários e retornaram 31, representando um índice de respostas de 77,5%. O maior percentual refere-se aos técnicos de enfermagem (67,7%), seguidos dos enfermeiros (22,6%). O maior contingente de respondentes (58,0%) tem de dois a seis anos de formação e o número de recém-formados é representado por 6,5%. Os profissionais que atuam a dois anos na instituição correspondem a 48,4%, e aqueles com mais de três anos correspondem a 38,7%. A amostra foi praticamente equivalente entre o turno da manhã - horário das 6 às 14 horas e tarde - horário das 14 às 22 horas (41,9% e 38,7% respectivamente). A maioria (77,4%) tem um vínculo empregatício.

A equipe representada cumpre as recomendações de dimensionamento de enfermagem da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico para o atendimento das salas e recuperação pós-anestésica, nos três turnos de trabalho, destacando para o fato de haver um contingente representativo de técnicos de enfermagem e enfermeiros⁽⁶⁾.

Destaca-se o tempo de formação, composto por pessoas relativamente novas na profissão, como também o pouco tempo de trabalho na instituição. Tais características requerem supervisão permanente por parte dos líderes e intenso programa de capacitação para o desenvolvimento de competências no atendimento específico e individualizado aos pacientes, prevenção de acidentes, gerenciamento dos riscos inerentes, visto que a área cirúrgica traz especificidades, tanto pelo número de especialidades, como também pelas características das equipes médicas⁽⁸⁾.

No entanto, é esperado que a maioria dos respondentes tenha um vínculo empregatício, porém, mesmo que os profissionais façam oito horas de trabalho diárias há um contingente considerável (22,6%) com mais de um vínculo. Este contexto traz preocupação quanto ao nível de atenção e condições de atuação dos profissionais, uma vez que o cansaço e fadiga são fatores desencadeantes para as situações de erro⁽⁹⁾.

Vivenciado um evento adverso dentro da sala operatória

A questão aberta era: "Você já presenciou algum evento adverso dentro da sala operatória?" e as respostas foram distribuídas na Tabela 01. Embora 36,7% dos profissionais não tenham vivenciado um EA em sala operatória, a maioria (63,3%) relatou diversos deles.

Tabela 1 – Eventos adversos em sala operatória presenciados pelos profissionais de enfermagem. São Paulo, 2010.

Evento	n	%
Posicionamento cirúrgico inadequado	5	16,6
Contagem de compressa errada	3	10,0
Contaminação da técnica estéril	2	6,7
Local cirúrgico errado	2	6,7
Erro na identificação de local cirúrgico	2	6,7
Queimadura eletro cirúrgica	2	6,7
Queda	1	3,3
Troca de paciente em sala operatória	1	3,3
Intubação não programada	1	3,3
Nenhum	11	36,7
Total	30	100,0

n<31, por falta de resposta

Os eventos apresentados contribuem para que os pacientes tenham uma recuperação lenta, com maior uso de analgésicos, no caso do posicionamento inadequado (16,6%), ou um custo maior e tempo de internação prolongado, quando relacionados a queda (3,3%) e queimadura (6,7%), ou ainda, infecção do sítio cirúrgico, nos casos de contaminação de técnica (6,7%). Traz preocupação também a realização de procedimento por marcação errada e local da cirurgia errado (ambos com 6,7%), situações que podem trazer conseqüências irreversíveis a um paciente. No presente estudo não foi relatado nenhum evento que trouxesse a morte.

Essas ocorrências encontram eco na literatura ao se analisar elevado número de morbidade em pacientes cirúrgicos devido a EA que poderiam ser evitados, desencadeando não apenas o aumento de custo como também o tempo de permanência nas instituições^(5,10).

Por que os eventos perioperatórios ocorrem

As respostas para as afirmativas relacionadas à razão da ocorrência dos eventos adversos perioperatórios encontram-se na Tabela 2.

Em 73,3% das afirmativas a opinião da equipe de enfermagem entende que as razões para a ocorrência de EA tem causa “pouco freqüente” ou “sem freqüência”. Em virtude do processo de acreditação, novas políticas e procedimentos têm sido implementadas, modificando a forma de trabalho dos profissionais naquela instituição.

Considerou-se como causa “muito freqüente” a “passagem de plantão é feita de forma corriqueira” (32,2%), “rotina na programação de procedimentos eletivos” (35,5%) e a “há falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica” (32,2%), além de que “o paciente chega a sala operatória munido de exames complementares de outro paciente” (38,7%) como causa “freqüente”.

A passagem de plantão é um mecanismo utilizado pela enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada e constitui uma atividade fundamental para a organização do seu trabalho. Na passagem de plantão acontece a transmissão de informações entre os profissionais que terminam um turno de trabalho e os que iniciam o outro⁽¹¹⁾. É o momento em que devem ser abordados aspectos relacionados ao estado do paciente e intercorrências, tempo cirúrgico, condutas tomadas e que ainda serão tomadas, gastos em sala, pendências de exame, peças para anatomopatológico, contagem de compressas e tantos outros itens que influenciam na segurança do paciente dentro da sala de operações.

O atendimento a pacientes eletivos e com cirurgias conhecidas é de certo modo mais tranqüilo em um ambiente cirúrgico. Na instituição em questão, ocorrem poucos atendimentos de urgência e emergências, justificando a opinião da equipe, que os EA estão relacionados à rotina de trabalho. Todavia, mesmo no contexto rotineiro deve-se ter elevado nível de atenção, pois pode representar maior flexibilização no seguimento de regras, desencadeando EA ao paciente^(5,8).

A comunicação entre os profissionais é de suma importância para a segurança do paciente e sua falta pode gerar EA dos mais diversos. Estudos demonstram que as barreiras de comunicação com os membros da equipe são responsáveis por 71% dos EA no processo perioperatório⁽⁵⁾.

A troca de exames pode desencadear a realização de procedimento em sítio errado ou em paciente errado, trazendo conseqüências nefastas ao paciente. Pode ainda, mesmo se a troca de exames for percebida em tempo hábil, demandar um tempo maior em sala e anestesia mais prolongada, até que os exames estejam disponíveis, expondo o paciente às circunstâncias desnecessárias. A verificação do prontuário, consentimentos informados e exames de diagnósticos, definida no início das listas de verificação podem prevenir a ocorrência deste evento^(2,4).

Embora visto como “pouco freqüente” e “sem freqüência” pela maioria (54,9%), ainda assim, a sobrecarga de trabalho e distração aparece como causa “muito freqüente” e “freqüente” para 45,1% dos respondentes, demonstrando necessidade de observar as condições de trabalho, adequando-se a carga de trabalho ao dimensionamento de pessoas para o cumprimento da rotina específica na instituição, mesmo que este número ultrapasse o recomendado pela sociedade⁽⁶⁾.

As afirmativas referente a “omissão dentro da sala operatória, devido a possíveis retaliações da equipe médica”, “sofrer represálias de algum membro da equipe médica devido a sua conduta” e “omissão em seu ambiente de trabalho, devido à falta de autonomia de seu líder direto” são vistas como “pouco freqüentes”, sugerindo um destemor da equipe, todavia ainda aparecerem, podendo ser explicadas pelo tempo de formação e de trabalho na instituição. Estudos demonstram que fatores culturais, relacionados à hierarquia no setor e intimidação da equipe são responsáveis por 16% da ocorrência de EA, em virtude de medos e receios gerados pelas relações de trabalho⁽⁵⁾.

Tabela 2 – Respostas dos profissionais de enfermagem quanto às razões para a ocorrência de eventos adversos perioperatórios. São Paulo, 2010.

Afirmativas	Muito freqüente		Causa freqüente		Pouco freqüente		Sem freqüência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A enfermagem não confere a identificação do paciente com o aviso cirúrgico e quadro cirúrgico.	4	12,9	2	6,5	12	38,7	13	41,9
O membro da equipe de enfermagem está sobrecarregado ou é distraído por outros pacientes, colegas de trabalho ou ocorrências na unidade.	10	32,2	4	12,9	14	45,2	3	9,7
Não há marcação do local cirúrgico.	8	25,9	6	19,3	11	35,5	6	19,3
O membro da equipe de enfermagem desconhece o procedimento cirúrgico.	3	9,7	2	6,5	16	51,6	10	32,2
Não há conferencia dos materiais e equipamentos cirúrgicos a serem utilizados no procedimento.	-	-	6	19,3	14	45,2	11	35,5
A passagem de plantão é feita de forma corriqueira.	10	32,2	7	22,6	8	25,9	6	19,3
Há necessidade de atender ao paciente com urgência/ emergência.	2	6,5	2	6,5	20	64,4	7	22,6
Falta identificação das condições clínicas do paciente.	5	16,1	6	19,3	12	38,7	8	25,9
Rotina na programação de procedimentos eletivos.	11	35,5	10	32,3	4	12,9	6	19,3
O membro da equipe de enfermagem omite-se dentro da sala operatória, devido a possíveis retaliações da equipe médica.	3	9,7	3	9,7	16	51,6	9	29,0
O membro da equipe de enfermagem sofre represálias de algum membro da equipe médica devido a sua conduta.	6	19,3	3	9,7	13	42,0	9	29,0
O membro da equipe de enfermagem omite-se em seu ambiente de trabalho, devido à falta de autonomia de seu líder.	6	19,3	3	9,7	13	42,0	9	29,0
O paciente chega à sala operatória munido de exames complementares de outro paciente.	2	6,5	12	38,7	10	32,2	7	22,6
Há falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica.	10	32,2	8	25,9	6	19,3	7	22,6
Há falta de informações no histórico de enfermagem.	7	22,6	5	16,1	15	48,4	4	12,9

Conclusão

Este estudo demonstra que a maioria dos sujeitos da pesquisa (63,3%) vivenciou EA em unidade cirúrgica e o posicionamento cirúrgico inadequado é o de maior frequência (16,6%). Os EA relatados reforçam que a assistência prestada no processo perioperatório não depende apenas de uma única pessoa, e sim da equipe multidisciplinar, não sendo possível responsabilizar uma pessoa, visto que todos devem estar preparados para observar os riscos inerentes ao processo e agir quando necessário.

Na opinião dos respondentes, a maioria das afirmativas apresentadas tem pouca frequência na instituição, todavia elas não são nulas. Algumas situações demandam reforço para as novas políticas e procedimentos, como a passagem de plantão, melhora nas relações multidisciplinares, com a incorporação das técnicas para uma comunicação eficaz dentro do ambiente cirúrgico e alertas constantes, evitando que mesmo as situações de rotina contribuam para que EA aconteçam.

Verifica-se envolvimento da equipe de enfermagem nas questões de segurança uma vez que as situações de retaliação e falta de autonomia, motivos que levam os profissionais a não relatarem problemas, são percebidos como quesitos com pouca frequência na instituição em questão.

Esta pesquisa fornece subsídios para a administração do setor para a permanente capacitação dos profissionais, revisão do dimensionamento de pessoas e supervisão constante dos novos processos implantados.

Como instituição está em fase de acreditação pela JCI, inúmeras políticas e procedimentos já foram implementadas, no entanto, é necessário investimento em tempo e em pessoas capacitadas na avaliação do processo e educação permanente visando a incorporação rotineira da cultura de segurança do paciente.

Referências

- WHO. Programmes and projects. Patient safety. Taxonomy. International classification for patient safety (ICPS) [text on the Internet]. Version 1.1, 2009. [cited 2010 Dez 12] Available from: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>
- Word alliance for patient safety. Implementation manual WHO surgical safety checklist. Safe surgery saves lives. 1st ed., 2008. [cited 2010 Jun 21] Available from: <http://www.who.int/patientsafety>
- Zambon LS. MedicinaNet. Introdução - Primum Non Nocere. [citado 2009 Maio 26]. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introducao_primum_non_nocere.htm>
- Croteau RJ. Wrong-site surgery. In: Manuel BN, Nora PF. Surgical patient safety. American College of Surgeons, 2004.
- Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. Rio de Janeiro: CBA, 2005.
- Sociedade brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material esterilizado. Práticas recomendadas – SOBECC. 5^a ed. rev. e atualizada. São Paulo, 2009.
- Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS, 2006; 8(33) Out-Dez.
- Alfredsdottir H, Bjornsdottir K. Nursing and patient safety in the operating room. JAN, 2007; 61(11)29-37.
- Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- Schilling PL et al. Prioritizing quality improvement in general surgery. J Am Coll Surg., 2008;207(5).
- Nogueira MS. Incidentes críticos na passagem de plantão [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

Qualidade e Segurança

P_119_2011 - Eventos Adversos em Pacientes Cirúrgicos: Percepções da Equipe De Enfermagem

Juliana de Abreu Tatarli, ELENA BOHOMOL

Resumo: Para conhecer a opinião da equipe de enfermagem sobre as causas da ocorrência de eventos adversos em um centro cirúrgico, foi realizada uma investigação *survey* descritivo/exploratória, em uma instituição hospitalar na cidade de São Paulo. Foi aplicado um questionário aos profissionais de enfermagem da unidade e considerou-se como causa “muito freqüente”: a passagem de plantão ser feita de forma corriqueira, considerar como rotina os procedimentos eletivos e falta de comunicação entre equipes. Conclui-se que a assistência prestada não depende apenas de uma única pessoa e que todos devem estar preparados para observar os riscos inerentes ao processo operatório.

Palavras Chaves: 1. Assistência ao paciente; 2. Gerenciamento de segurança; 3. Procedimentos cirúrgicos operatórios; 4. Enfermagem perioperatória.

Introdução

A busca pela qualidade da assistência nos serviços hospitalares tem sido tema de atenção crescente entre os profissionais de saúde, em especial, aos aspectos referentes à segurança dos pacientes. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é definida como a “ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente associados aos cuidados de saúde”⁽¹⁾.

Os procedimentos cirúrgicos e todas as interfaces relacionadas à sua indicação, técnica cirúrgica, anestesia, controle de infecção, uso de equipamentos tecnológicos e dispositivos especiais, administração de medicamentos, sangue e hemoderivados e a recuperação e alta do paciente, merecem atenção quanto aos critérios de segurança, uma vez que se trata de procedimento freqüente nas instituições hospitalares e para o sucesso de sua realização envolve diversas etapas e diferentes profissionais.

A OMS estima que são realizadas no mundo cerca de 240 milhões de cirurgias ao ano, com vistas a aumento de enfermidades cirúrgicas na próxima década, representadas pelas doenças cardiovasculares, traumas, câncer e maior esperança de vida da população⁽²⁾.

Todavia, na atenção cirúrgica há problemas relacionados à segurança do paciente e eventos adversos (EA) também ocorrem. São entendidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes e que não são atribuídas à evolução natural da doença de base. Estima-se que haja em torno de 3 a 16% de complicações nos procedimentos cirúrgicos, resultando em sete milhões de situações incapacitantes e com índices de mortalidade entre 0,4 a 0,8%⁽²⁾.

Os EA, além de trazerem danos ao paciente, aumentam o tempo de permanência no hospital e o risco de óbito. Infecções relacionadas à infecção do sítio cirúrgico implicam em um aumento em torno de sete dias no tempo médio de internação, além dos custos relacionados ao seu tratamento. Estudo australiano revelou que 17% dos pacientes cirúrgicos apresentaram algum EA grave⁽³⁾.

O Colégio Americano de Cirurgiões publicou um relatório em que analisa 248 eventos-sentinel (ocorrência inesperada que implique em morte ou perda grave e permanente de função)⁽⁴⁾ de hospitais acreditados relatando os índices de cirurgias do lado errado por especialidades. Verificou-se que 41% estavam relacionados aos procedimentos ortopédicos, 13% aos neurocirúrgicos e 11% aos urológicos. No entanto, praticamente todas as áreas foram afetadas em maior ou menor percentual, sugerindo que o problema existe em qualquer especialidade médica. O relatório apresentou, também, as causas que contribuíram para o evento, que incluíam as situações de emergências; características físicas não usuais dos pacientes, como obesidade mórbida e deformidades físicas; pressão em relação ao tempo para o início ou finalização do procedimento; agendamento de última hora; equipamentos não usuais para realização do procedimento; equipe cirúrgica numérica e diversos procedimentos a serem realizados em um único processo cirúrgico⁽⁵⁾.

Os dados desse relatório permitiram sugerir medidas para prevenção dos problemas encontrados e que foram adotadas como padrões a serem cumpridos pelos hospitais acreditados ou que buscam a acreditação pela *The Joint Commission e Joint Commission International* (JCI), nos Estados Unidos da América e demais partes do mundo.

No capítulo Metas Internacionais o padrão deve assegurar a realização de cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto. Tal padrão é considerado conforme caso a instituição apresente todos os elementos de mensuração, como a utilização de marcação instantaneamente reconhecível para a

identificação do local da intervenção cirúrgica envolvendo o paciente no processo de marcação; utilização de lista de verificação ou outro processo, antes da cirurgia, observando se o local de intervenção, o procedimento e o paciente são os corretos e se todos os documentos e equipamentos necessários estão à mão, se são corretos e se estão funcionando; pausa (*time-out*) conduzida e documentada pela equipe cirúrgica completa, imediatamente antes de iniciar o procedimento cirúrgico; e políticas e procedimentos desenvolvidos de forma a apoiar processos uniformes que assegurem a realização do procedimento correto, no local correto, no paciente correto, incluindo os procedimentos médicos e odontológicos realizados fora do centro cirúrgico⁽⁴⁾.

A OMS implementou um programa em 2007-2008, denominado "Cirurgias Seguras Salvam Vidas", propondo a utilização de uma lista de verificação (*checklist*). Esta lista dispõe de três partes essenciais que são o *Sign in* (antes do início da indução), *Time out* (pausa antes do início do procedimento cirúrgico) e *Sign out* (antes do paciente deixar a sala), com diversos itens a serem verificados em conjunto com a equipe multidisciplinar, visando melhorar os padrões de segurança cirúrgica nas instituições de todo o mundo. A OMS propõe, ainda, que cada país ou instituição adapte a lista às suas necessidades específicas, tornando as etapas do procedimento cirúrgico como pontos-chave para a segurança do paciente⁽²⁾.

Atualmente, 3.865 hospitais, representando 122 países, registraram-se para participar do programa e 25 países tem mobilizado recursos para a implantação do programa em nível nacional e o Brasil abraçou este desafio.

Objetivo

Conhecer a opinião da equipe de enfermagem das causas da ocorrência de eventos adversos em um Centro Cirúrgico.

Justificativa

O Centro Cirúrgico é um setor importante em um hospital ou, pelo menos, um dos que mais atrai atenção pela evidência dos resultados, dramaticidade das operações, importância demonstrativa e didática e, principalmente, pela decisiva ação curativa da cirurgia. É também o setor mais caro, em virtude dos altos investimentos em tecnologia e insumos diferenciados⁽⁶⁾.

O ato cirúrgico é de responsabilidade do cirurgião bem como a anestesia é do anestesista. Todavia, existem diversos setores e profissionais envolvidos no sucesso do procedimento cirúrgico: a enfermagem disponibiliza recursos, prepara os instrumentais, admite e encaminha o paciente; a engenharia, que tem a responsabilidade em manter os equipamentos cirúrgicos e anestésicos em perfeitas condições de uso; compras e abastecimento, com a aquisição de insumos adequados, com estocagem em condições viáveis e validade de uso, são alguns exemplos.

A segurança do processo perioperatório é de responsabilidade de todos os profissionais que atuam na área. No entanto, é comum à equipe de enfermagem capitanear processos de melhoria e monitorar protocolos que garantam esta segurança, vencendo as dificuldades em um ambiente onde se vê a conservadora autonomia da equipe médica, situações de alta complexidade e dificuldades de interação profissional⁽⁷⁾.

Entende-se como oportuna esta pesquisa, visto que a instituição pesquisada iniciou o processo de acreditação pela JCI, em 2008 e a segurança do paciente cirúrgico envolveu muitas discussões multiprofissionais, que foram fundamentais para sua maturação e implementação de melhorias na assistência à saúde. A equipe de enfermagem esteve inserida nele.

A enfermagem tem, também, responsabilidade na prevenção de EA e deve agir como defensor do paciente alertando outros profissionais para eventuais problemas que possam ocorrer. Contudo, verifica-se permanente necessidade de conscientizar e treinar os profissionais para superar as dificuldades inerentes ao contexto perioperatório e para tanto, deve-se conhecer os reais motivos que dificultam a equipe de enfermagem a desempenhar seu papel.

Método

O presente estudo é um desenho de pesquisa não-experimental sendo uma investigação de categoria *survey* descritivo/exploratório, realizada em uma instituição hospitalar privada, de médio porte, com 111 leitos, na cidade de São Paulo. Foi selecionada a unidade de Centro Cirúrgico, composta por sete salas operatórias e oito leitos de recuperação anestésica, com atendimento a pacientes adultos.

A população constituiu-se do quadro de funcionários de enfermagem da unidade. O grupo foi composto de 40 profissionais, sendo oito enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem e 15 auxiliares de enfermagem. Foram excluídos os profissionais em cargo de chefia e com atividades burocrático-administrativas.

Foi elaborado um questionário com 15 afirmativas, fundamentadas em levantamento bibliográfico sobre o processo perioperatório, principais iatrogenias e eventos adversos cirúrgicos, além da experiência profissional dos pesquisadores. Para que os sujeitos pudessem especificar o seu nível de concordância, foi utilizada Escala de Likert, classificando-as em causa "muito frequente", "frequente", "pouco frequente" ou "sem frequência". O questionário contou, também, cinco questões fechadas para caracterização da população e uma questão aberta.

A coleta de dados foi no mês de Abril de 2010, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição hospitalar, sob o protocolo número 516/09 e registro no CAAE - 0047.0.360.360-09, no Sistema Nacional de Ética e Pesquisa.

Aos colaboradores foi entregue carta-convite com a apresentação da pesquisa, questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Solicitou-se o prazo de 30 dias para o retorno do questionário e assinatura da concordância no Termo.

Para análise dos dados obtidos foi utilizada estatística descritiva, apresentando os achados em número e frequência e uso de tabelas.

Resultados

Característica da população

Foram distribuídos 40 questionários e retornaram 31, representando um índice de respostas de 77,5%. O maior percentual refere-se aos técnicos de enfermagem (67,7%), seguidos dos enfermeiros (22,6%). O maior contingente de respondentes (58,0%) tem de dois a seis anos de formação e o número de recém-formados é representado por 6,5%. Os profissionais que atuam a dois anos na instituição correspondem a 48,4%, e aqueles com mais de três anos correspondem a 38,7%. A amostra foi praticamente equivalente entre o turno da manhã - horário das 6 às 14 horas e tarde - horário das 14 às 22 horas (41,9% e 38,7% respectivamente). A maioria (77,4%) tem um vínculo empregatício.

A equipe representada cumpre as recomendações de dimensionamento de enfermagem da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico para o atendimento das salas e recuperação pós-anestésica, nos três turnos de trabalho, destacando para o fato de haver um contingente representativo de técnicos de enfermagem e enfermeiros⁽⁶⁾.

Destaca-se o tempo de formação, composto por pessoas relativamente novas na profissão, como também o pouco tempo de trabalho na instituição. Tais características requerem supervisão permanente por parte dos líderes e intenso programa de capacitação para o desenvolvimento de competências no atendimento específico e individualizado aos pacientes, prevenção de acidentes, gerenciamento dos riscos inerentes, visto que a área cirúrgica traz especificidades, tanto pelo número de especialidades, como também pelas características das equipes médicas⁽⁸⁾.

No entanto, é esperado que a maioria dos respondentes tenha um vínculo empregatício, porém, mesmo que os profissionais façam oito horas de trabalho diárias há um contingente considerável (22,6%) com mais de um vínculo. Este contexto traz preocupação quanto ao nível de atenção e condições de atuação dos profissionais, uma vez que o cansaço e fadiga são fatores desencadeantes para as situações de erro⁽⁹⁾.

Vivenciado um evento adverso dentro da sala operatória

A questão aberta era: "Você já presenciou algum evento adverso dentro da sala operatória?" e as respostas foram distribuídas na Tabela 01. Embora 36,7% dos profissionais não tenham vivenciado um EA em sala operatória, a maioria (63,3%) relatou diversos deles.

Os eventos apresentados contribuem para que os pacientes tenham uma recuperação lenta, com maior uso de analgésicos, no caso do posicionamento inadequado (16,6%), ou um custo maior e tempo de internação prolongado, quando relacionados a queda (3,3%) e queimadura (6,7%), ou ainda, infecção do sítio cirúrgico, nos casos de contaminação de técnica (6,7%). Traz preocupação também a realização de procedimento por marcação errada e local da cirurgia errado (ambos com 6,7%), situações que podem trazer conseqüências irreversíveis a um paciente. No presente estudo não foi relatado nenhum evento que trouxesse a morte.

Essas ocorrências encontram eco na literatura ao se analisar elevado número de morbidade em pacientes cirúrgicos devido a EA que poderiam ser evitados, desencadeando não apenas o aumento de custo como também o tempo de permanência nas instituições^{5,10}.

Tabela 1 – Eventos adversos em sala operatória presenciados pelos profissionais de enfermagem. São Paulo, 2010.

Evento	n	%
Posicionamento cirúrgico inadequado	5	16,6
Contagem de compressa errada	3	10,0
Contaminação da técnica estéril	2	6,7
Local cirúrgico errado	2	6,7
Erro na identificação de local cirúrgico	2	6,7
Queimadura eletro cirúrgica	2	6,7
Queda	1	3,3
Troca de paciente em sala operatória	1	3,3
Intubação não programada	1	3,3
Nenhum	11	36,7
Total	30	100,0

n<31, por falta de resposta

Por que os eventos perioperatórios ocorrem

As respostas para as afirmativas relacionadas à razão da ocorrência dos eventos adversos perioperatórios encontram-se na Tabela 2.

Em 73,3% das afirmativas a opinião da equipe de enfermagem entende que as razões para a ocorrência de EA tem causa "pouco freqüente" ou "sem freqüência". Em virtude do processo de acreditação, novas políticas e procedimentos têm sido implementadas, modificando a forma de trabalho dos profissionais naquela instituição.

Considerou-se como causa "muito freqüente" a "passagem de plantão é feita de forma corriqueira" (32,2%), "rotina na programação de procedimentos eletivos" (35,5%) e a "há falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica" (32,2%), além de que "o paciente chega a sala operatória munido de exames complementares de outro paciente" (38,7%) como causa "freqüente".

A passagem de plantão é um mecanismo utilizado pela enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada e constitui uma atividade fundamental para a organização do seu trabalho. Na passagem de plantão acontece a transmissão de informações entre os profissionais que terminam um turno de trabalho e os que iniciam o outro⁽¹¹⁾. É o momento em que devem ser abordados aspectos relacionados ao estado do paciente e intercorrências, tempo cirúrgico, condutas tomadas e que ainda serão tomadas, gastos em sala, pendências de exame, peças para anatomopatológico, contagem de compressas e tantos outros itens que influenciam na segurança do paciente dentro da sala de operações.

O atendimento a pacientes eletivos e com cirurgias conhecidas é de certo modo mais tranquilo em um ambiente cirúrgico. Na instituição em questão, ocorrem poucos atendimentos de urgência e emergências, justificando a opinião da equipe, que os EA estão relacionados à rotina de trabalho. Todavia, mesmo no contexto rotineiro deve-se ter elevado nível de atenção, pois pode representar maior flexibilização no seguimento de regras, desencadeando EA ao paciente^(5,8).

A comunicação entre os profissionais é de suma importância para a segurança do paciente e sua falta pode gerar EA dos mais diversos. Estudos demonstram que as barreiras de comunicação com os membros da equipe são responsáveis por 71% dos EA no processo perioperatório⁽⁵⁾.

A troca de exames pode desencadear a realização de procedimento em sítio errado ou em paciente errado, trazendo conseqüências nefastas ao paciente. Pode ainda, mesmo se a troca de exames for percebida em tempo hábil, demandar um tempo maior em sala e anestesia mais prolongada, até que os exames estejam disponíveis, expondo o paciente às circunstâncias desnecessárias. A verificação do prontuário, consentimentos informados e exames de diagnósticos, definida no início das listas de verificação podem prevenir a ocorrência deste evento^(2,4).

Embora visto como "pouco freqüente" e "sem freqüência" pela maioria (54,9%), ainda assim, a sobrecarga de trabalho e distração aparece como causa "muito freqüente" e "freqüente" para 45,1% dos respondentes, demonstrando necessidade de observar as condições de trabalho, adequando-se a carga de trabalho ao dimensionamento de pessoas para o cumprimento da rotina específica na instituição, mesmo que este número ultrapasse o recomendado pela sociedade⁽⁶⁾.

As afirmativas referente a "omissão dentro da sala operatória, devido a possíveis retaliações da equipe médica", "sofrer represálias de algum membro da equipe médica devido a sua conduta" e "omissão em seu ambiente de trabalho, devido à falta de autonomia de seu líder direto" são vistas como "pouco freqüentes", sugerindo um destemor da equipe, todavia ainda aparecerem, podendo ser explicadas pelo tempo de formação e de trabalho na instituição. Estudos demonstram que fatores culturais, relacionados à hierarquia no setor e intimidação da equipe são responsáveis por 16% da ocorrência de EA, em virtude de medos e receios gerados pelas relações de trabalho⁽⁵⁾.

Conclusão

Este estudo demonstra que a maioria dos sujeitos da pesquisa (63,3%) vivenciou EA em unidade cirúrgica e o posicionamento cirúrgico inadequado é o de maior freqüência (16,6%). Os EA relatados reforçam que a assistência prestada no processo perioperatório não depende apenas de uma única pessoa, e sim da equipe multidisciplinar, não sendo possível responsabilizar uma pessoa, visto que todos devem estar preparados para observar os riscos inerentes ao processo e agir quando necessário.

Na opinião dos respondentes, a maioria das afirmativas apresentadas tem pouca freqüência na instituição, todavia elas não são nulas. Algumas situações demandam reforço para as novas políticas e procedimentos, como a passagem de plantão, melhora nas relações multidisciplinares, com a incorporação das técnicas para uma comunicação eficaz dentro do ambiente cirúrgico e alertas constantes, evitando que mesmo as situações de rotina contribuam para que EA aconteçam.

Verifica-se envolvimento da equipe de enfermagem nas questões de segurança uma vez que as situações de retaliação e falta de autonomia, motivos que levam os profissionais a não relatarem problemas, são percebidos como quesitos com pouca freqüência na instituição em questão.

Esta pesquisa fornece subsídios para a administração do setor para a permanente capacitação dos profissionais, revisão do dimensionamento de pessoas e supervisão constante dos novos processos implantados.

Como instituição está em fase de acreditação pela JCI, inúmeras políticas e procedimentos já foram implementadas, no entanto, é necessário investimento em tempo e em pessoas capacitadas na avaliação do processo e educação permanente visando a incorporação rotineira da cultura de segurança do paciente.

Tabela 2 – Respostas dos profissionais de enfermagem quanto às razões para a ocorrência de eventos adversos perioperatórios. São Paulo, 2010.

Afirmativas	Muito frequente		Causa frequente		Pouco frequente		Sem frequência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A enfermagem não confere a identificação do paciente com o aviso cirúrgico e quadro cirúrgico.	4	12,9	2	6,5	12	38,7	13	41,9
O membro da equipe de enfermagem está sobrecarregado ou é distraído por outros pacientes, colegas de trabalho ou ocorrências na unidade.	10	32,2	4	12,9	14	45,2	3	9,7
Não há marcação do local cirúrgico.	8	25,9	6	19,3	11	35,5	6	19,3
O membro da equipe de enfermagem desconhece o procedimento cirúrgico.	3	9,7	2	6,5	16	51,6	10	32,2
Não há conferencia dos materiais e equipamentos cirúrgicos a serem utilizados no procedimento.	-	-	6	19,3	14	45,2	11	35,5
A passagem de plantão é feita de forma corriqueira.	10	32,2	7	22,6	8	25,9	6	19,3
Há necessidade de atender ao paciente com urgência/ emergência.	2	6,5	2	6,5	20	64,4	7	22,6
Falta identificação das condições clínicas do paciente.	5	16,1	6	19,3	12	38,7	8	25,9
Rotina na programação de procedimentos eletivos.	11	35,5	10	32,3	4	12,9	6	19,3
O membro da equipe de enfermagem omite-se dentro da sala operatória, devido a possíveis retaliações da equipe médica.	3	9,7	3	9,7	16	51,6	9	29,0
O membro da equipe de enfermagem sofre represálias de algum membro da equipe médica devido a sua conduta.	6	19,3	3	9,7	13	42,0	9	29,0
O membro da equipe de enfermagem omite-se em seu ambiente de trabalho, devido à falta de autonomia de seu líder.	6	19,3	3	9,7	13	42,0	9	29,0
O paciente chega à sala operatória munido de exames complementares de outro paciente.	2	6,5	12	38,7	10	32,2	7	22,6
Há falta de comunicação entre o membro da equipe de enfermagem e equipe médica.	10	32,2	8	25,9	6	19,3	7	22,6
Há falta de informações no histórico de enfermagem.	7	22,6	5	16,1	15	48,4	4	12,9

Referências

- WHO. Programmes and projects. Patient safety. Taxonomy. International classification for patient safety (ICPS) [text on the Internet]. Version 1.1, 2009. [cited 2010 Dez 12] Available from: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>
- Word alliance for patient safety. Implementation manual WHO surgical safety checklist. Safe surgery saves lives. 1st ed., 2008. [cited 2010 Jun 21] Available from: <http://www.who.int/patientsafety/>
- Zambon LS. MedicinaNet. Introdução - Primum Non Nocere. [citado 2009 Maio 26]. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/901/introducao_primium_non_nocere.htm>
- Croteau RJ. Wrong-site surgery. In: Manuel BN, Nora PF. Surgical patient safety. American College of Surgeons, 2004.
- Joint Commission International. Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. Rio de Janeiro: CBA, 2005.
- Sociedade brasileira de enfermeiros de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material esterilizado. Práticas recomendadas – SOBECC. 5^a ed. rev. e atualizada. São Paulo, 2009.
- Neto AQ. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. RAS, 2006; 8(33) Out-Dez.
- Alfredsdóttir H, Björnsdóttir K. Nursing and patient safety in the operating room. JAN, 2007; 61(11)29-37.
- Harada MJCS, Pedreira MLG, Peterlini MAS, Pereira SR. O erro humano e a segurança do paciente. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- Schilling PL et al. Prioritizing quality improvement in general surgery. J Am Coll Surg., 2008;207(5).
- Nogueira MS. Incidentes críticos na passagem de plantão [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

Qualidade e Segurança

P_123_2011 - Pacto de Saúde e CIDADANIA

Oswaldo Kurschus De Oliveira, Nágela Patrícia Amaral Rocha, Telma Braga Orsini, Marcio Augusto Gonçalves, Marcia Mascarenhas Alemão, Renata Melgaço Gonçalves, Carlos Alberto Gonçalves, Elaine Pontes, Heloisa Azevedo Drumond, Dayenne Cristina Martins Valente

Resumo: O Pacto pela Saúde tem como fundamento o respeito aos princípios constitucionais do SUS com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas nos seus três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Estes aspectos inerentes ao processo de implantação do novo pacto federativo precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão SUS, influenciando desta maneira positiva na tomada de decisão.

Palavras-Chave: Pacto pela Saúde. Monitoramento. Avaliação. População. Gestão do SUS.

INTRODUÇÃO

Com a reforma sanitária iniciada há poucas décadas no Brasil a partir da criação do SUS, muito já avançamos na efetivação do direito humano à saúde. Atualmente, a população brasileira sabe e reconhece a importância do SUS. Hoje, 80% dos brasileiros se beneficiam exclusivamente do SUS na atenção à saúde, e 100% da população se beneficia das ações coletivas como a vigilância sanitária (controle dos alimentos, bebidas, remédios e ambientes de trabalho) e epidemiológica (vacinas e controle de epidemias). Não há como negar a evidência dos dados.

Contudo, se o SUS é reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde do mundo, por outro lado, sua implementação ainda tem muito a almejar e encontra grandes problemas. É preciso, por exemplo, melhorar a cobertura e a qualidade da atenção básica - especialmente por meio da Saúde da Família, ampliar o acesso à alta e média complexidade, a organização da referência entre os serviços e a assistência farmacêutica.

O enfrentamento destes problemas não depende de soluções mágicas ou de ações de curto prazo. Exige ações estruturais de médio e longo prazo que dêem conta de enfrentar uma herança histórica brasileira que durante séculos impediu o reconhecimento dos direitos da grande maioria da população. O direito à Saúde, por exemplo, só

foi reconhecido na Constituição de 1988 e isso exige mudanças culturais profundas. Mesmo que estes desafios exijam um longo prazo para serem vencidos, é preciso atuar no nosso dia-dia para construir novas práticas e novos contextos.

O Pacto pela Saúde surgiu de um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. Facilmente reconhecemos que o Brasil é o país do futebol, do carnaval, da diversidade cultural, etc. Entretanto, não podemos dizer que o Brasil seja reconhecido pelo seu SUS como mereceria ser. Primeiro, porque os interesses neoliberais buscam transformar nosso direito à saúde em mercadoria geradora de lucro. Para isso, há uma ação sistemática de alguns grupos para que a política pública não funcione e para que as pessoas tenham planos privados de saúde. Segundo, porque o SUS ainda é uma proposta muito recente, considerando o longo período em que vivemos sem qualquer política pública de saúde universal e de qualidade no Brasil.

JUSTIFICATIVA

Para demonstrar a grandeza da conquista de cidadania que o SUS representa, resgatamos seus princípios e diretrizes: - universalidade (para todos), independente da condição econômica, de estar com carteira assinada, ou da etnia; - integralidade, ou seja, além das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, oferece cuidados individuais e coletivos e garante respostas das mais simples às mais complexas; - equitativo, pois oferece programas e ações de acordo com as necessidades específicas.

Iso não quer dizer que tudo está perfeito ou que todos os cidadãos conseguem receber o devido atendimento imediatamente e com qualidade, mas os dados recentes mostram muitos avanços.

Avanços do SUS nos últimos 20 anos: Acepção atual do SUS traduzido em números¹ (por ano): 2,8 bilhões de procedimentos; 28 mil Equipes de Saúde da Família (que atendem cerca de 100 milhões de pessoas); 3,2 milhões de cirurgias; 1 bilhão de procedimentos especializados; Serviço de Assistência Móvel de Urgência (SAMU) para mais da metade da população; 11,3 milhões de internações realizadas; 619 milhões de consultas médicas.

Os princípios do SUS e números acima parecem não deixar dúvidas sobre os avanços da saúde pública no país nos últimos 20 anos a partir da construção e implementação do SUS. E isso deve ser motivo de orgulho para todos os brasileiros. O Pacto pela Saúde e as novas exigências do SUS apesar de registrar estes avanços importantes, a reforma sanitária brasileira, que está intimamente ligada à proposta do SUS, ainda enfrenta enormes limitações.

Alia-se a isso a dificuldade enorme que ainda existe para que o SUS funcione integrado como um sistema, embora tenhamos exemplos muito positivos de experiências de regionalização e descentralização. Por fim, não poderíamos deixar de fazer referência ao limite enorme enfrentado pela participação da comunidade no exercício da fiscalização do SUS. Faltam instrumentos que responsabilizem os gestores de forma clara, a partir de metas e indicadores para as ações e os serviços da saúde. Tudo isso mostra a necessidade de mudanças.

Essa realidade foi detectada há muito tempo e vem sendo discutida pela sociedade, por profissionais e por gestores comprometidos com o SUS. Foi pauta das últimas Conferências de Saúde e dos debates do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que resultaram em profunda análise do SUS no contexto pós-NOBs (Normas Operacionais Básicas).

Esses diferentes debates resultaram na criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS. Tratou-se, primeiramente, de um diálogo entre o MS, o CONASS e CONASEMS sobre suas respectivas responsabilidades. Em seguida, esse diálogo entre as três esferas do governo proporcionou novas orientações quanto ao funcionamento do SUS que foram encaminhadas ao CNS. Estas novas orientações, depois de discutidas e aprovadas pelo CNS, em fevereiro de 2006, resultaram no que se chamou de Pacto Pela Saúde.

MÉTODO

Este estudo teve como eixo principal o documento orientador Pacto pela Saúde, elaborado pelo CEAP em 2007, e fundamentado também nas informações e publicações da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), representada na época pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, e do médico sanitário Gilson Carvalho.

Temos que considerar que a sociedade não pode ficar à parte da realidade do sistema de saúde no país. O que se deve é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada entidade federal para contribuir na qualificação de um conjunto de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS, que por sua vez, impedem a reforma sanitária brasileira, como também proporcionar a politização do debate do SUS nos meios sociais.

Dimensões do Pacto pela Saúde: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS:

É fundamental reafirmar que o Pacto pela Saúde busca preservar os princípios do SUS previstos na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 11 de dezembro de 1990). O próprio Pacto prevê estratégias que afirmam esses princípios. É a partir deles que se construiu uma pactuação que contempla três dimensões: - Pacto pela Vida; - Pacto de Gestão - Pacto em Defesa do SUS.

Pacto pela Vida: O Pacto pela Vida tem como foco central estabelecer um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas. As prioridades estão expressas em objetivos, metas e indicadores, que são definidas nacionalmente, mas que permitem que os gestores indiquem situações a partir da realidade local. Até 2006, o Pacto pela Vida era constituído por indicadores do Pacto da Atenção Básica, da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância (PPI-VS), e pelos indicadores do Pacto pela Saúde. A Portaria nº 91 GM/MS, de 10 de janeiro de 2007, unificou o processo de pactuação de indicadores por meio de aplicativo eletrônico. Esta portaria foi alterada pela Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, onde se incluíram novas responsabilidades. No ano de 2009 foi mantida a pactuação de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 48, de 12 de janeiro de 2009. A importância do Pacto pela Vida é olhar para o contexto da saúde (lugar onde as pessoas moram e suas condições de vida) e definir prioridades que incidem progressivamente para a melhoria da situação de saúde dos brasileiros. No entanto, uma vez definidas e acordadas, é preciso estabelecer recursos orçamentários para que elas não sejam apenas boas intenções. Para que essas prioridades expressem a realidade nacional, estadual, regional e municipal, elas devem estar em profunda consonância entre si. Isso não significa, por exemplo, que as metas nacionais sejam uma imposição ao município e/ou ao estado.

Pacto em Defesa do SUS: Este Pacto destaca a intenção de evitar a proposição de políticas de governo. É fundamental que tenhamos uma política de financiamento de Estado. Os direitos não podem depender da boa vontade deste ou daquele governo. Necessitamos de uma política de financiamento que garanta estabilidade e o progressivo aumento dos recursos destinado à saúde.

O Plano de Saúde é um dos instrumentos imprescindíveis para a qualificação da gestão do SUS, além de ser junto com o Relatório de Gestão, uma exigência legal para o recebimento dos recursos da saúde, conforme o artigo 4º da Lei 8142/90.

Pacto de Gestão: é outra dimensão do Pacto pela Saúde. Suas diretrizes dizem respeito à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde. Seu foco é radicalizar os princípios da regionalização, hoje um dos maiores desafios do SUS. O sistema ainda convive, em muitos casos, com uma lógica velha, centralizada, e que não permite o pleno e qualificado acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde. É importante reconhecer que a participação da comunidade tem importância estrutural na gestão do SUS. Já passou o tempo em que o gestor centralizava todas as decisões sobre a saúde. Para que a participação da comunidade tenha melhores condições de atuação, o Pacto propõe um conjunto de ações e reconhece o dever dos gestores de destinar orçamento, cooperando técnica e financeiramente para sua qualificação. Essa medida poderá resolver uma das maiores dificuldades atuais dos conselhos que é ter estrutura para realizar seu trabalho.

Atenção Básica, Regionalização e Financiamento:

A regionalização é o eixo estruturante da implantação do Pacto pela Saúde. É também elemento fundamental para obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. Ao atribuir aos municípios um papel central no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, contribui para que cada espaço regional possa diagnosticar e responder às suas necessidades.

Contudo, os serviços de média e alta complexidade são ainda um dos grandes gargalos no sistema público de saúde, onde o cidadão ainda encontra dificuldade de acesso. Isso acontece por vários fatores, tais como: - maiorias dos municípios não têm estrutura própria para atender toda a sua demanda; - muitas vezes, os gestores públicos, ao invés de pactuar os serviços entre si, organizando e fortalecendo a estrutura pública para este fim, acabam comprando os serviços da iniciativa privada; - os serviços de média e alta complexidade geram um grande lucro. Por isso, há situações em que os profissionais - articulados com clínicas e laboratórios, estimulam o uso destes serviços, mesmo sem necessidade, aumentando cada vez mais o lucro do setor privado.

A diretriz que define a regionalização do SUS tem o grande papel de organizar as ações e serviços da saúde a partir de regiões sanitárias. Essa organização se torna ainda mais importante quando se trata do acesso dos cidadãos aos serviços de média e alta complexidade. Não é possível que todos os municípios tenham capacidade de realizar, por exemplo, a quimioterapia. Entretanto, todo cidadão tem direito a esse tratamento sem pagar nada, mesmo que seja fora do seu município.

Em relação ao processo de planejamento no SUS o Pacto confirma a importância do Plano de Saúde, da Programação Anual, do Relatório Anual de Gestão, do Plano Diretor da Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde (PPI).

O Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são os principais instrumentos do planejamento no âmbito da gestão do SUS. Eles devem traduzir a realidade da saúde no município, apontando os principais problemas e as ações que vão resolvê-los. Dados da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de julho de 2007, dão conta que mais de 80% dos municípios brasileiros já fazem parte de CGR.

A regionalização e a participação da comunidade no processo de regionalização têm um papel fundamental de assegurar que este processo se efetue de acordo com os princípios do SUS. Se há muitos gestores compromissados com o SUS, há também aqueles que atuam contra, articulados com o mercado da saúde.

Entender o financiamento da saúde parece difícil para quem atua no controle social. Mas o SUS só funciona se tiver dinheiro e se for administrado de forma transparente e com responsabilidade. Claro que só isso não é suficiente, mas sem dinheiro, responsabilidade e transparência, o SUS jamais se efetivará plenamente.

A Constituição de 1988 define que a responsabilidade de financiamento da saúde é das três esferas de governo: municípios, estados e União. A Lei 8.080/90 define que os recursos a serem repassados ao SUS devem ser suficientes para a realização de suas finalidades. Estabelece ainda os critérios para o repasse de recursos aos estados e municípios, dizendo que a metade deve ser repassada de acordo com o número de habitantes.

Já a Lei 8.142/90 complementa o processo de financiamento estabelecendo que: - os recursos da saúde serão repassados de forma regular e automática; - estes recursos só podem ser gastos com ações e serviços de saúde; - os gastos em saúde só podem ser realizados com ações previstas no Plano Municipal da Saúde, que é aprovado pelo Conselho.

A própria Constituição e também a Lei Orgânica da Saúde não impediram um conjunto de desmandos e equívocos que deixaram a saúde cada vez com menos recursos.

Após uma mobilização social que rediscutiu o formato de financiamento da saúde no Brasil. A primeira ação foi à proposição da PEC-169, em 1993, que só foi aprovada no ano de 2000 como EC-29.

Entre as principais inovações da Emenda Constitucional 29 estão: - definição de um percentual mínimo a ser investido pelos gestores (não podemos esquecer que a União ficou com menor responsabilidade do que estados e municípios); - definição do que é ação e serviço em saúde; - constitucionalização do Fundo de Saúde e da Participação da Comunidade.

A EC-29 determina ainda a necessidade de sua própria regulamentação depois de cinco anos. Portanto, a regulamentação é o grande desafio da sociedade, inclusive aumentando a participação da União no financiamento da saúde.

O Pacto pela Saúde enfatiza o tema do financiamento no Pacto em Defesa do SUS, propondo um processo de mobilização pela regulamentação da EC-29 e pelo aumento dos recursos para o SUS. No Pacto de Gestão, o financiamento também é enfatizado, conforme podemos ver a seguir. O Pacto de Gestão traz como princípios: - responsabilidade das três esferas de gestão no financiamento da saúde; - redução das iniquidades que ainda persistem no país; repasse Fundo a Fundo.

Entretanto, uma das principais mudanças está no financiamento do custeio com recursos federais. A intenção é avançar no processo de descentralização dos recursos para que os estados e municípios tenham maior autonomia. Diante disso, o MS editou a portaria n.º 204, de 19 de janeiro de 2007, alterada pela portaria n.º 837, de 23 de abril de 2009, regulamentando o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento, definidos no Pacto pela Saúde, e seu respectivo monitoramento e controle.

RESULTADOS

Será que o Pacto se constituirá num instrumento capaz de produzir avanços no financiamento da saúde?

- é possível dizer que o Pacto se propõe a qualificar o repasse de recursos para estados e municípios. Busca, ainda, tornar mais transparente o processo de gestão dos recursos. Entretanto, apresenta poucos sinais que indicam o aumento de recursos para a saúde.

Será verdade que as três esferas de governo estarão comprometidas com a regulamentação da EC-29, inclusive com o aumento da participação da esfera federal no financiamento do SUS?

- isso é fundamental num momento em que a saúde está recebendo menos recursos do que precisa.

O Pacto, quando define o repasse Fundo a Fundo como uma "modalidade preferencial" e não obrigatória, avançará realmente na intenção de acabar com o financiamento carimbado?

- a própria criação do Pacto, que reduziu as modalidades de repasse, foi um indicativo importante. No entanto, dentro desses Blocos ainda há caixinhas que limitam o uso do dinheiro. Neste sentido, o desafio é ampliarmos ainda mais o repasse Fundo a Fundo.

O Financiamento do SUS e a Participação da Comunidade serão possíveis?

- para a participação da comunidade fica o desafio de fazer do Pacto pela Saúde um instrumento de luta que qualifique nossa proposta de financiamento da saúde. O passo inicial é discutir nas organizações sociais e nos conselhos como estão os gastos com a saúde no nosso município.

Será que o gestor está cumprindo com a EC-29?

- além de fazer o dever de casa - que é cumprir com a EC-29, é preciso um comprometimento local com a mobilização nacional em prol da regulamentação desta Emenda Constitucional.

Outro item fundamental é ver qual o custo das ações e serviços de saúde e como é efetuado o pagamento. Também é importante conferir se os gastos estão sendo feitos a partir das ações previstas no Plano Municipal da Saúde.

A comunidade, especialmente por meio dos conselhos de saúde, deve participar e exigir que o município construa o "Termo do Limite Financeiro Global do Município". Esse processo deve estar articulado ao planejamento regional que se efetiva na relação com outros municípios. Uma vez definida a origem e o destino do recurso, o controle social tem a tarefa de fiscalizar a execução orçamentária e as mudanças no "Termo de Limite Financeiro Global", tendo em vista uma saúde de qualidade para todos.

Com o Pacto pela Saúde, há o reconhecimento de que a participação da comunidade no SUS não se esgota na esfera dos Conselhos. Os movimentos e os outros sujeitos sociais envolvidos com a construção do SUS desempenham papel fundamental na promoção e no desenvolvimento da cidadania, para além dos limites institucionais do SUS.

O período de adesão à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) durou de 2001 a 2005. Somente 256 municípios se habilitaram na Gestão Plena do Sistema de Saúde e 1.580 municípios tiveram a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

O Pacto pela Saúde, em três anos, teve a adesão de todas as Secretarias de Estado e de 2.915 municípios, que representam 52,4% dos municípios do País. A maior concentração de municípios que aderiram ao Pacto está nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul. Esses dados podem indicar que o Pacto ampliou o grau de responsabilidade do gestor local com o sistema de saúde e possibilitou a celebração de um acordo de cooperação técnica entre os gestores.

Porém, cabe aqui fazer referência a algumas reflexões sobre o atual processo de implementação dessa estratégia, feitas durante a primeira reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 2008, que teve como base a oficina de trabalho de outubro de 2007 onde se envolveram o CONASS, CONASEMS e MS.

No que diz respeito ao Pacto em Defesa do SUS é o componente menos compreendido do Pacto pela Saúde e também o menos divulgado. Verificou-se que desde a publicação do Pacto, não houve um movimento sistemático de mobilização efetiva da sociedade em defesa do SUS. Dentre os possíveis motivos estaria uma percepção negativa do Sistema, sobretudo pela população não usuária do SUS e por boa parte da mídia.

Outro ponto destacado é que o teor da Carta de Direitos dos Usuários do SUS ainda tem pouca divulgação junto aos usuários. Por fim, o aspecto do subfinanciamento do SUS, esbarra ainda na situação da não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29).

No que diz respeito ao Pacto pela Vida, as prioridades pactuadas em 2006 foram ampliadas em 2008 e o CNS e alguns estados já apresentaram propostas de inclusão, contemplando áreas importantes da atenção à saúde. Porém, as metas definidas em 2006 e 2007 precisam ser avaliadas, considerando a capacidade dos gestores em cumpri-las. É importante destacar que as metas não foram impostas aos estados e municípios, mas foram construídas a partir de um processo de pactuação.

Quanto ao financiamento, houve avanços como, por exemplo, a flexibilidade na utilização dos recursos dentro dos cinco blocos de financiamento, e os recursos para financiamento das ações do âmbito da gestão, como regulação, planejamento e gestão estratégica e participativa.

Entretanto, algumas questões relativas à regulamentação do financiamento e da transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde ainda ficaram pendentes (Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007). Por falta de clareza normativa e da cultura instituídas, os gestores têm tido dificuldades em utilizar o recurso para ações pertinentes ao mesmo bloco de financiamento, ficando reféns das inúmeras 'caixinhas' dentro de cada bloco de financiamento. No que diz respeito ao Pacto de Gestão, o processo de descentralização, com ênfase na atuação das CIB, pouco avançou e, como decorrência, essas comissões não assumiram plenamente o seu papel no processo de descentralização previsto no Pacto pela Saúde.

Outro ponto avaliado tem vínculo com a operacionalização dos processos de Regionalização. Constatou-se que existe um processo heterogêneo de revisão dos PDR e dos PDI nos estados. Destacou-se, também, que apesar do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão ser reconhecidos como os principais instrumentos do sistema de planejamento do SUS, as evidências apontam que em sua maioria, não têm sido atualizados regularmente, e quando são feitos, na maioria das vezes não guardam consonância com os TCG. Com relação à PPI foram identificadas dificuldades para operar os parâmetros assistenciais definidos, tendo em vista que eles ainda não estão conectados com o processo de pactuação dos termos de compromisso de gestão, e as ações de vigilância em saúde ainda não estão incluídas na PPI.

No que se refere aos mecanismos de gestão regional, um dos pontos avaliados positivamente é a criação dos CGR, a partir do reconhecimento de regiões de saúde intra-estaduais, porém, ainda com pouca clareza do seu papel e sua interlocução com as CIB.

Por fim constatou-se que onde houve construção conjunta das Secretarias de Saúde, dos Conselhos de Secretarias Municipais e da participação da comunidade nos TCG, o processo de implantação do Pacto pela Saúde se deu de forma qualificada.

CONCLUSÕES

Muitos devem se perguntar será que o Pacto não significa aumentar a burocratização no SUS, já que, quando nos apropriamos do conteúdo das normas anteriores, novamente fazemos mudanças que dificultam a participação e fiscalização? Entendemos que esta preocupação é legítima. Mas entendemos também que o Pacto pela Saúde amplia o diálogo com a sociedade, e por isso, é uma possibilidade de avançarmos num conjunto de questões travadas no SUS.

Com a construção e a implementação do SUS vive-se no Brasil uma proeza histórica na área da saúde. Ao mesmo tempo em que muitos Países seguem o caminho da privatização e do sucateamento dos sistemas públicos de saúde, o Brasil resiste e mostra que é possível construir um sistema universal, integral e equitativo. Sabemos dos obstáculos que enfrentamos, desde a redemocratização, para que a saúde fosse um direito de todos e dever do Estado. No entanto, permanece o desafio da constante efetivação ou concretização desse direito. É isso que justifica a ação permanente da sociedade pelo direito humano à saúde. A efetivação do Pacto pela Saúde representa mais um grande esforço nesta direção. É a partir dessa perspectiva que o Pacto pela Saúde deve ser analisado. Ele é um acordo que pretende garantir avanços no SUS. Entretanto, a simples pactuação, transformada posteriormente em portarias, não garante que as mudanças efetivamente ocorram.

Isso significa que o Pacto configura uma possibilidade de organizar, corrigir e qualificar um conjunto de questões que ainda impedem o funcionamento pleno do SUS, e de permitir o avanço na efetivação do direito humano à saúde. Mas é preciso estar atento para o risco de não se desenvolver uma pactuação burocrática/formal, pouco efetiva e não contributiva com o processo de reforma sanitária pela qual tanto lutamos no Brasil.

O que pode efetivamente garantir que essas mudanças ocorram será a organização e mobilização da comunidade para comprometer os profissionais e principalmente os gestores, que deverão implantar estratégias e realizar ações diversas no sentido de garantir os propósitos do Pacto pela Saúde.

O Pacto, por si só não passa de uma possibilidade que, por mais importante que seja para este momento, só será efetivada da forma como queremos, se criarmos as condições para tal. Assim, é importante fazermos um conjunto de esforços para multiplicarmos os debates sobre o novo Pacto, a fim de construirmos as condições de participação e pressão social.

Referências

- BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir; KUJAWA, Henrique. Direito à Saúde com Controle Social. Passo Fundo: CEAP, 2003.
- BOTH, Valdevir et al. Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde. Passo Fundo: CEAP, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Editora MS, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Editora MS, 2006.
- BRASIL, Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8142.htm>>. Acesso em 04/01/2007.
- BRASIL. Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/direducao/pacto_pela_saude_2006.pdf>. Acesso em: 18/09/06.

¹ Fonte: SCEP/MS 2009

Indicadores Assistenciais

P_124_2011 - Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno nas maternidades da Rede de Proteção à Mãe Paulistana

Maria José Guardia Mattar, Celso de Moraes Terra, Bertille Ferreira da Silva, Maria Cristina Pillegi

Resumo: A Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP) atua em 38 unidades hospitalares para atendimento à gestantes do SUS. As orientadoras do programa visitam as puérperas diariamente nas maternidades, distribuindo enxovais e entrevistando as mesmas, avaliando a qualidade do atendimento prestado no pré-natal e parto. Desde junho de 2009, começou-se a investigar se as puérperas que fizeram o pré-natal na rede municipal tinham recebido orientações sobre Aleitamento Materno AM. Com esses dados, a RPMP elaborou um protocolo para incentivar e apoiar às maternidades à estabelecer o contato precoce e a primeira mamada dentro da primeira hora de vida. Foram realizadas visitas técnicas às maternidades, no período de 17/11/2010 a 13/01/2011, apresentando o protocolo para que a equipe possa implantar tal prática e realizar o monitoramento deste indicador. Os resultados preliminares mostram uma boa aceitação das equipes das maternidades visitadas e motivação para o monitoramento deste indicador, hoje sugerido pela OMS/MS como indicador do sucesso e prolongamento do AM com diminuição da mortalidade infantil.

Palavras Chaves: Aleitamento Materno, Contato Precoce, Amamentação na primeira hora, sucesso de aleitamento materno, Rede de Proteção à Mãe Paulistana

INTRODUÇÃO: A Rede de Proteção à Mãe Paulistana (RPMP) foi criada em 2006 como um programa municipal, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência materno-infantil através da articulação, integração e monitoramento dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares municipais e estaduais, Funciona à partir de uma Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, e atua por meio de todas as 435 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 38 unidades hospitalares municipais, estaduais ou conveniadas para atendimento SUS. Assim, quando a equipe de saúde constata a gravidez, a mulher é automaticamente cadastrada no programa para receber acompanhamento por todo o período gestacional e durante o primeiro ano de vida de seu filho, por meio de consultas e exames laboratoriais e de imagem. Nestes 4 anos o programa acompanhou mais de 500 mil nascimentos.

As orientadoras do programa, que visitam as puérperas diariamente nas maternidades, entrevistam as mesmas e entregam folders sobre Aleitamento Materno (AM), sinais de alerta para o RN e sobre o desenvolvimento da criança de zero a 6 anos, além de um enxoval para o recém-nascido. Entrevistam todas as puérperas atendidas nas maternidades da RPMP, residentes no município de SP, obtendo informações sobre o pré-natal (nº de consultas, exames realizados, gestação de alto risco, participação nos grupos de gestantes, orientações sobre AM e orientação sobre planejamento familiar. Além disso, o programa monitora os casos de gestação de alto risco (adolescentes, gestantes maiores de 40 anos, hipertensão, diabetes, sífilis) e de casos de recém-nascidos com peso menor de 1500 gramas até 1 ano de idade.

A partir de junho de 2009 começou-se a investigar se as puérperas que fizeram o pré-natal tinham recebido orientações sobre AM. Nos anos de 2007, 2009 e 2010 as orientadoras foram sensibilizadas através de uma capacitação de 4h, sobre AM, onde foi discutido as vantagens do AM para a MÃE, BEBÊ, FAMÍLIA, COMUNIDADE E MEIO AMBIENTE; os riscos do uso de leite artificial, outros líquidos e bicos artificiais; como o leite vai para a boca do bebê; como o bebê deve mamar; se sobrar leite: o que fazer?; técnica de massagem e ordenha; como se comunicar com a puérperas e no final, após o esclarecimento das dúvidas, projetamos um vídeo: Apoio na amamentação (MS/SBP). O objetivo desta capacitação visava uma boa orientação técnica e homogênea das puérperas, evitando-se apenas vivências pessoais e informações conflitantes, apoiando as puérperas e sendo um elo de comunicação entre as mesmas e a equipe da Unidade do Alojamento Conjunto.

Devido aos baixos índices de aleitamento na primeira mamada nas maternidades apontado pela última pesquisa de prevalência do AM/MS 2009, a Assessoria Técnica da RPMP, a partir de novembro/2010, realizou visitas às maternidades. Estas visitam avaliavam os principais entraves e estimulavam a promoção do contato precoce e a primeira mamada dentro da primeira hora de vida para os RNs e puérperas em condições, conforme as recomendações da OMS/MS.

Desta forma, o objetivo desta iniciativa foi incentivar e apoiar as maternidades da RPMP a promover o contato precoce e primeira mamada dentro da primeira hora de vida, favorecendo o sucesso do aleitamento materno e conseqüente diminuição da mortalidade infantil.

JUSTIFICATIVA: A Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, desde 1992, recomendam de acordo com as evidências científicas, que seja favorecido o contato precoce e a primeira mamada dentro da primeira hora, como uma medida de impacto no sucesso e prolongamento do AM. Devido aos baixos índices de aleitamento na primeira mamada nas maternidades, apontado pela última pesquisa de prevalência do AM/MS de 2009, a Assessoria Técnica da RPMP, propôs um protocolo para documentar e monitorar este indicador em todas as maternidades da rede, melhorando a qualidade de assistência e contribuindo para redução da mortalidade infantil.

METODOLOGIA: Este protocolo foi desenvolvido em 2 etapas, sendo que a primeira iniciou-se no período de 17/11/2010 a 21/12/2010 com uma visita técnica às maternidades que compõe a RPMP. Estas visitas foram previamente agendadas com a equipe (diretoria geral, obstetria, neonatologia, anestesia e enfermagem), comunicando o objetivo da mesma. A equipe técnica da RPMP elaborou um protocolo com um carimbo para ser colocado nos prontuários materno e neonatal para ser documentado o contato precoce, com uma codificação dos critérios de exclusão do não contato e os de oportunidades de melhorias para o serviço. Este modelo foi apresentado para as equipes das maternidades como sugestão de atuação e monitoramento. Durante a visita técnica a equipe da RPMP avaliou as dependências do CPH, CO, AC e Unidade Neonatal e fez sugestões de anotações no livro de parto. A segunda etapa, em andamento, que foi iniciada em 05/01/2011 e terminará em 14/03/2011 com visitas às demais maternidades da RPMP. O compromisso da maternidade será de computar este indicador e encaminhar as taxas mensais à RPMP para discutirmos e acompanharmos estes indicadores posteriormente. Em 05/5/2011 será realizada uma reunião com as equipes das maternidades para troca de experiências em relação à implantação e dificuldades encontradas. Os dados das entrevistas das orientadoras sobre a orientação sobre AM no pré-natal estes foram extraídos do banco de dados da RPMP.

RESULTADOS: No ano de 2009, no período de junho a dezembro, foram entrevistadas 55.331 puérperas residentes no município de São Paulo, sendo que 54.156 (97,87%) delas fizeram o pré-natal e destas 26.129 (47,2%) receberam orientações sobre AM. Em 2010, no período de janeiro a novembro, das 88.881 puérperas residentes em SP, 86.901 (97,8%) fizeram o pré-natal e 36.856 (42,4%) delas receberam orientações sobre AM. Em relação à capacitação das orientadoras da RPMP nas maternidades, foram capacitadas respectivamente em 2007, 2009 e 2010, 36, 39 e 42 orientadoras e 5 enfermeiras da RPMP que monitorizam as gestantes de alto risco. No período de 21/11 a 21/12/2010 visitamos 5 maternidades, sendo uma de cada região metropolitana e 6 maternidades no período de 05/01/2011 a 13/01/2011, totalizando 11 das 33 maternidades que serão visitadas (33,3%). Observamos que em relação ao contato materno precoce e à amamentação na primeira hora de vida, todos os hospitais realizam anotações de enfermagem no prontuário materno ou do recém-nascido. Em apenas duas (20%) verificamos que as anotações também eram realizadas no livro de parto, com anotações das causas da não amamentação. Porém, os dados não constituíam um indicador analisado mensalmente e as causas da não amamentação não eram anotadas de forma padronizada. Em dois (2) hospitais pudemos observar a realização do contato materno no puerpério imediato tendo o ocorrido com os bebês vestidos. Quando perguntamos qual a rotina estabelecida para o encaminhamento da mãe e do bebê ao AC, em um deles, o binômio permanece 1 hora para observação do puerpério imediato e no outro cerca de 4 horas ou mais, aguardando para ser dado o banho no recém-nascido. A média mensal do número de partos informada variou de 80 a 420 partos por mês. A média da taxa de parto cesárea citada pelos hospitais variou de 20 a 40%. Todas as equipes gostaram do material entregue e das nossas sugestões: implantar um carimbo para registro do Aleitamento Materno Precoce (AMP) nos prontuários materno e do recém-

nascido; a confecção de uma tabela com as causas da não amamentação com os códigos com critérios de exclusão e de oportunidades de melhorias do serviço, para padronização do registro no livro de partos e para a apuração mensal do indicador Aleitamento Precoce na primeira hora de vida, a pasta com instruções de uso dos materiais e folders como material de apoio. As equipes se comprometeram a implantar estas ações em dezembro ou fevereiro e iniciar o monitoramento deste indicador, informando estes dados mensalmente à equipe da RPMP. A Assessoria Técnica da RPMP realizará uma reunião com todas as maternidades em maio de 2011 para troca de experiências em relação à implantação destes indicadores.

A aceitação deste protocolo pelas 11 maternidades visitadas foi muito boa, visto que este indicador tem sido cobrado pela OMS /UNICEF/ MS e SES nas avaliações e reavaliações do Hospital Amigo da Criança, sendo que 6 deles já foram submetidos à reavaliação no final de 2009 e ao monitoramento on-line em novembro de 2010; duas aguardam a avaliação da Secretaria Estadual de Saúde e duas estão se adequando para serem submetidos à avaliação ainda neste ano.

CONCLUSÕES: Com a visita até o momento, com envolvimento de um terço das maternidades que compõem a RPMP, já foi possível observar que este incentivo e apoio técnico incentivarão os serviços à implantação desta rotina através do monitoramento mensal deste importante indicador de sucesso e prolongamento do AM. Acreditamos que futuras pesquisas de prevalência e duração do AM no Município de São Paulo, serão impactadas positivamente por esta iniciativa.

Qualidade e Segurança

P_125_2011 - Engajamento das Partes Interessadas nos Serviços Público de Saúde

Raquel Ferrari Augusto, Cláudio Alves França

Introdução

Há 10 anos a OS - Santa Catarina (Organização Social - Santa Catarina) está atuando no gerenciamento de Serviços de Saúde na Região de Cidade Ademar na Cidade de São Paulo, como AMA (Assistência Médica Ambulatorial), UBS-SF (Unidade Básica de Saúde – Saúde da Família), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), AD (Assistência Domiciliar), COE (Centro Odontológico de Especialidades), AE (Ambulatório de Especialidades). Essa administração se dá sob Contrato de Gestão com a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo com o objetivo de realizar ações de prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando tanto nos riscos como na promoção da saúde da população desta área de abrangência.

Para manter o funcionamento dos serviços de saúde a OS-ACSC possui uma equipe de apoio composta pelos seguintes Processos:

a) Gestão da Atenção à Saúde:

Equipe responsável pela supervisão dos Serviços de Saúde composta por profissionais da área médica, farmacêutica, enfermagem, assistência social, saúde mental e saúde bucal com objetivo de fornecer suporte técnico para os Serviços de Saúde.

b) Infraestrutura:

Responsável por promover a manutenção predial, equipamentos médicos e calibrações.

c) Tecnologia da Informação

Responsável por promover o suporte técnico para a transferência de informações ao cliente, suporte aos colaboradores além da infraestrutura lógica e telefonia.

d) Gestão de Pessoas:

Promove a seleção e contratação de profissionais capacitados conforme o perfil dos Serviços de Saúde além de complementar a qualificação dos profissionais por meio de treinamentos e programas de educação permanente.

A área de Recursos Humanos também possui uma equipe especializada em Segurança e Medicina do Trabalho responsável por assegurar o cumprimento das normas reguladoras aplicáveis nos Serviços de Saúde.

e) Qualidade:

Promove o fortalecimento da gestão dos processos alinhada às estratégias da empresa por meio da disseminação das ferramentas da Qualidade.

f) Facilities

Promove a assistência necessária aos Serviços de Saúde referente à segurança, higiene, transporte e logística, como também o transporte e armazenamento de documentos e materiais.

g) Financeiro

Tem como objetivo gerir os recursos advindos dos Contratos de Gestão de forma a suprir as necessidades da organização, no que se refere à disponibilização de recursos materiais, financeiros e serviços.

h) Projetos Especiais

Promove a realização de projetos de responsabilidade socioambiental com ênfase nos Colaboradores, Serviços de Saúde e Comunidade.

i) Suprimentos

Promove a aquisição de materiais e medicamentos de acordo com o padrão estabelecido para os Serviços de Saúde.

j) Gestão de Contratos

Promove a gestão dos contratos vigentes na empresa para o atendimento das necessidades dos Serviços de Saúde.

l) S.A.U. – Serviço de Atendimento ao Usuário

Promove o atendimento e apoio ao usuário dos Serviços de Saúde através de informações referente a dúvidas ou esclarecimentos.

m) Gestão do Relacionamento

Promove a gestão e padronização do relacionamento com os usuários dos Serviços de Saúde.

Justificativa

Com foco na busca da melhoria contínua para a gestão dos Serviços de Saúde e preocupada em entender e atender as expectativas das Partes Interessadas (Stakeholders), a OS – Santa Catarina identificou a necessidade de um projeto para Engajamento das Partes Interessadas ou Engajamento de Stakeholders com objetivo:

- Estabelecer uma relação de confiança entre as partes;
- Criar um canal de comunicação efetivo;
- Identificar as partes interessadas da organização;
- Conhecer as expectativas dos diversos públicos em relação à organização;
- Identificar possibilidades de soluções a partir das expectativas das partes; e
- Agregar valor ao negócio da organização.

Dessa forma a OS – Santa Catarina realizou um estudo para primeiramente identificar quem são as Partes Interessadas no negócio e assim mapear quais os canais de relacionamento com cada Parte Interessada procurando aproveitar a sinergia já existente entre Processos de apoio (mencionados anteriormente) e assim buscar excelência nos serviços prestados pela OS-Santa Catarina.

Método

A OS – Santa Catarina utilizou a metodologia AA 1000 (*Account Ability 1000*) para a realização do Evento de Engajamento das Partes Interessadas, pois esta é uma das ferramentas de gestão mais abrangentes da RSE (Responsabilidade Social Empresarial). Com enfoque no diálogo com as Partes Interessadas (internos e externos), a utilização do processo AA1000 como método de trabalho oferece um caminho sólido para a aprendizagem organizacional e para a implementação e melhoria contínua do processo de gestão. No Brasil, a prática da AA1000 ainda é recente, e restringe a poucos exemplos de empresas que embarcaram nesse processo.

Ano	Eventos/ Assunto
2008	Levantamento das Expectativas das Partes Interessadas
2009	Período de implantação de ações visando atender as expectativas identificadas no evento de 2008.
2010	Levantamento de novas expectativas das Partes Interessadas e retorno sobre as ações realizadas pela OS – Santa Catarina para o atendimento das expectativas identificadas em 2008.
2011	Período previsto para implantação de novas ações visando atender as novas expectativas levantadas no evento de 2010.

Descrevemos abaixo quais foram as etapas realizadas para a realização do Evento de Engajamento das Partes Interessadas:

1ª Etapa: Mapeamento das Partes Interessadas:

Essa atividade se deu através da realização de entrevistas com os gestores dos processos, que proporcionam o suporte aos Serviços de Saúde, foi desenvolvida uma figura representativa das Partes Interessadas na OS – Santa Catarina:

2ª Etapa: Elaboração de Mapa de Relacionamento:

Para essa atividade foi construído um Mapa de Relacionamento, baseado nas entrevistas com os gestores, em que foram identificados os processos de relacionamento com as Partes Interessadas e os canais de relacionamento, conforme representado na cor verde da figura acima.

3ª Etapa: Realização do Evento para Identificação das Expectativas:

Em Setembro de 2010 a OS – Santa Catarina realizou um evento específico para levantamento das expectativas das Partes Interessadas e contou com a presença de representantes de todos os interessados no negócio. Algumas dinâmicas e atividades foram realizadas para coleta das expectativas, à saber:

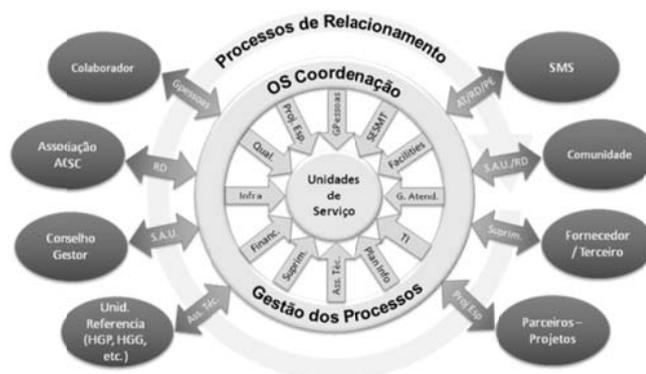
Dinâmica A: Levantamento das expectativas por grupos heterogêneos

(grupo com mista representação dos públicos);

Dinâmica B: Agrupamento das expectativas por afinidades, ou seja, expectativas semelhantes realizado por grupos homogêneos (representantes do mesmo público, por exemplo: um grupo de colaboradores, um grupo de fornecedores, etc.);

Dinâmica C: Levantamento dos Ativos Intangíveis realizado por todos os participantes de forma individual, visando o reconhecimento dos bens e/ou direitos não palpáveis considerados importantes pelas Partes Interessadas; e

Dinâmica D: Priorização das expectativas em função do grau de importância para as Partes Interessadas.



Legenda:

- Partes Interessadas na OS – Santa Catarina
- Processos de Relacionamento com as Partes Interessadas

Resultados

Descrevemos abaixo as expectativas identificadas e priorizadas no Evento das Partes Interessadas em 2008, assim como, as ações realizadas pela OS - Santa Catarina visando melhorar ou atender as expectativas apontadas:

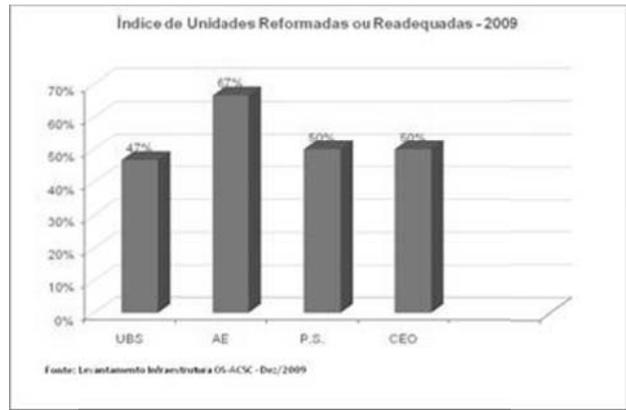
Ampliar os Serviços de Saúde

2000	2008	2010
06 UBS	60 ESF	96 ESF
30 ESF	17 ESB	21 ESB
	11 UBS	15 UBS
	1 UBS Tradicional	9 UBS Tradicional
	3 AMA	3 AE
	1 CAPS	7 AMA
		3 CEO
		1 CAPS
		2 PS
		7 Equipes - NASF
		1 AD
		1 ESF - Indígena

Melhoria na Estrutura Física e Funcional do Serviço

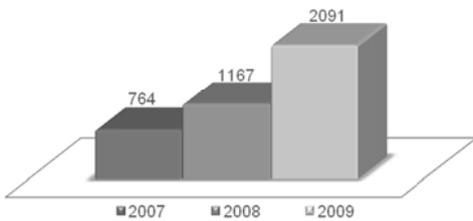


ão/ reforma

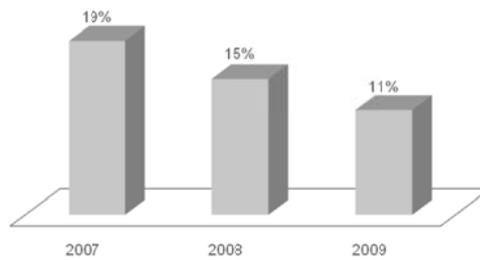


Adequação do Quadro de Funcionários - Contratações Assertivas

Quadro de Funcionários



Índice de Desligamento



Fonte: Área de Recursos Humanos OS- Santa Catarina

Integração dos Serviços da Região

Revisão dos fluxos de referência dos Pronto-Socorros;

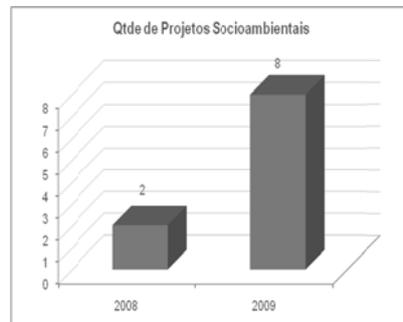
Reuniões da equipe técnica da OS – Santa Catarina com as equipes técnicas do hospital e dos ambulatorios de especialidades da microrregião de Cidade Ademar, para integração dos protocolos clínicos e protocolos de encaminhamento;

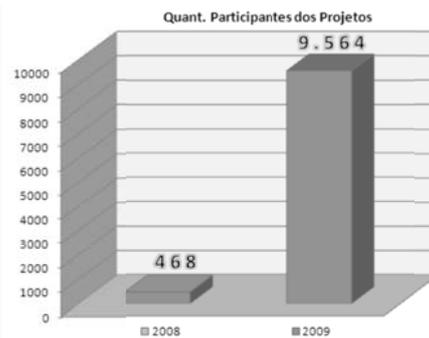
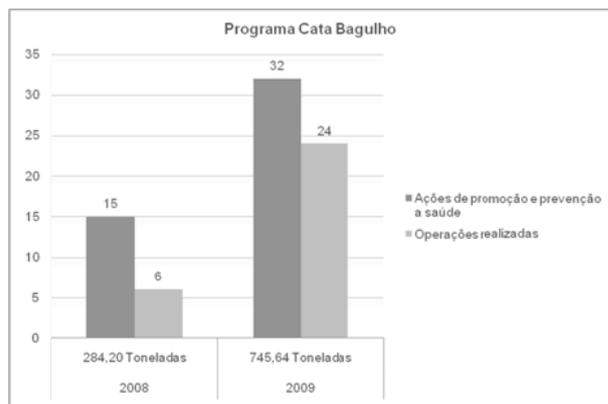
Desenvolvimento de ações integradas com o hospital de referência (Ex: Implantação da Classificação de Risco de Urgência/Emergência - Protocolo de Manchester);

Desenvolvimento de fluxos de encaminhamento entre as Unidades Básicas de Saúde e as AMA s.

Melhoria da Qualidade de Vida População/ Comunicação

Nome do Projeto	Objetivo	Tipo do Projeto
Projeto Sala Verde Cidade Ademar	Revitalização do Bosque – CEU Alvarenga	Ambiental
	Consumo Consciente & Geração de Renda	Ambiental
	Educação ambiental por meio da tecnologia da informação	Socioambiental
	Cine Manancial	Socioambiental
Saúde 10 x Doença 0	Envolver crianças e adolescentes moradores de áreas de situação de vulnerabilidade para atividades esportivas	Social
A3P - Agenda ambiental	Mudar os padrões de consumo visando a preservação dos recursos naturais e minimizando gastos públicos	Socioambiental
Semeando o Cuidado	Melhorar a relação homem com o meio ambiente dentro das Unidades Básicas e valorização dos colaboradores	Ambiental
Cata Bagulho	Realizar a retirada de objetos inutilizados das comunidades e promover ações de educação e saúde ambiental.	Socioambiental





Clareza nas Especificações dos Produtos Solicitados

Criada a Comissão de Padronização de materiais, medicamentos, equipamentos e mobiliário visando a clareza e a especificidade necessária aos processos na aquisição destes itens de forma a possibilitar ao fornecedor a apresentação assertiva do produto solicitado, impactando na redução de retrabalho, otimização dos recursos e aumento da satisfação das nossas Partes Interessadas Revisão dos fluxos internos da área de Suprimentos

Valorização Profissional/ Salários e Plano de Carreira Recursos Humanos

Contratação de profissional especializado em Cargos e Salários com objetivo de implantar uma sistemática conforme as melhores práticas existentes no mercado em:

- (Re)estruturação de Cargos e Salários;
- Implantação de benefícios (ex: Adicional por Tempo de Serviço);
- Elaboração do Manual do Colaborador;
- Outras atividades relacionadas a área.

Todos os trabalhos mencionados acima foram realizados com ênfase em planos de incentivos e perspectivas de crescimento.

Conclusão dos Resultados

A utilização da metodologia para Engajamento com as Partes Interessadas tem evidenciado a importância que a Parte Interessada tem para o negócio da OS – Santa Catarina assim como, tem contribuído para a melhoria na promoção da saúde da população local, visto que, os participantes têm a oportunidade de expor suas necessidades em um evento específico junto a Direção da OS. Sobretudo, a OS – Santa Catarina determina seu Planejamento Estratégico alinhado com as expectativas evidenciadas comprometendo-se na busca de soluções alinhadas à necessidade das Partes Interessadas.

A Gestão da Qualidade da OS – Santa Catarina tem fortalecido seu papel quanto à aplicação de conceitos, sistemas e técnicas de gestão tais como ciclos de planejamento, execução, avaliação e melhoria possibilitando à nossa organização criar sinergia e implementar inovações de forma consistente e sustentável. Entendemos que mapear e padronizar as atividades e processos, bem como conhecer as necessidades e expectativas das Partes Interessadas é fundamental para garantia e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos pela OS à população atendida em nossos serviços.

Indicadores Assistenciais

P_126_2011 - O impacto da educação permanente nos resultados assistenciais em uma empresa de assistência domiciliar

Carlos Carelli, Renan de Camargo, Ana Elisa Alvares Correa de Siqueira, Fernanda Maffei

Resumo: Este trabalho tem por objetivo demonstrar como um programa de educação permanente pode afetar os resultados e taxas de infecção urinária de uma empresa de assistência domiciliar.

Com apoio da Gerência Médica, CCIH e Coordenação de Enfermagem, a empresa implantou em 2010 o sistema de Educação Permanente, com o intuito de alcançar melhores resultados assistenciais, diminuição nos índices de infecção urinária e desenvolvimento e satisfação dos seus profissionais.

Pudemos perceber através dos resultados obtidos que o sistema de Educação Permanente impacta positiva e diretamente na diminuição dos níveis de infecção urinária, diminuindo custos e aumentando a satisfação de pacientes e profissionais.

Palavras Chave: infecção, trato urinário, dispositivos vesicais, educação permanente

Introdução

A infecção sintomática do trato urinário (ITU) situa-se entre as mais frequentes infecções bacterianas do ser humano ^(1,2), figurando como a segunda infecção mais comum na população em geral ⁽³⁾, predominando entre os adultos em pacientes do sexo feminino ⁽⁴⁾. Nas crianças, particularmente no primeiro ano de vida, a infecção urinária também é muito comum, predominando igualmente no sexo feminino; nesta população de pacientes pediátricos, predomina a pielonefrite, recorrente na maioria dos casos, devido à presença de refluxo vesico-uretral, uni ou bilateral ^(5, 6).

A infecção urinária pode comprometer somente o trato urinário baixo, o que especifica o diagnóstico de cistite, ou afetar simultaneamente o trato urinário inferior e o superior; neste caso, utiliza-se a terminologia infecção urinária alta, também denominada pielonefrite. A infecção urinária baixa ou cistite pode ser sintomática ou não ⁽⁷⁾.

As infecções do trato urinário podem ser complicadas ou não complicadas, as primeiras tendo maior risco de falha terapêutica e sendo associadas a fatores que favorecem a ocorrência da infecção.

A infecção urinária é complicada quando ocorre em um aparelho urinário com alterações estruturais ou funcionais ^(8,9)

Habitualmente, as cistites são infecções não complicadas enquanto as pielonefrites, ao contrário, são mais frequentemente complicadas, pois em geral resultam da ascensão de microrganismos do trato urinário inferior e estão frequentemente associadas com a presença de cálculos renais ^(4, 7,10).

Tanto a infecção urinária baixa como a alta podem ser agudas ou crônicas e sua origem pode ser comunitária ou hospitalar ⁽¹¹⁾.

A maior suscetibilidade à infecção no sexo feminino é devida às condições anatômicas: uretra mais curta e sua maior proximidade com vagina e com ânus^(3,4). Outros fatores que aumentam o risco de ITU nas mulheres incluem: episódios prévios de cistite, o ato sexual, o uso de certas geléias espermicidas, a gestação e o número de gestações, o diabetes (apenas no sexo feminino) e a higiene deficiente, mais freqüente em pacientes com piores condições socioeconômicas e obesas⁽¹⁰⁾ (3,4).

No adulto do sexo masculino, favorecem a ITU, a instrumentação das vias urinárias – incluindo-se o cateterismo vesical - e a hiperplasia prostática^(12,13); nos idosos e em indivíduos hospitalizados, as taxas de ITU também são elevadas

pelos fatores citados e por inúmeros outros, relacionados àquela faixa etária^(12,13). As taxas de ITU são bem maiores nos homossexuais masculinos, estando relacionadas com a prática mais freqüente de sexo anal não protegido⁽¹⁴⁾ e também nos indivíduos com prepúcio intacto⁽¹⁵⁾. Nos indivíduos com o vírus HIV, a infecção, por si só, é um fator de risco para ITU, aumentado em relação direta com a queda dos níveis dos linfócitos CD4.⁽¹⁶⁾

Nos hospitalizados submetidos à cateterização, a presença de sistema de drenagem de urina aberto resulta em bacteriúria em 100% dos casos, após quatro dias. Já naqueles com sistema de drenagem de urina fechado, a bacteriúria irá ocorrer em 5% a 10% dos casos, por dia de manutenção do cateter. Note-se que

a ITU adquirida em hospital é considerada a principal causa de bacteremia por bacilos Gram-negativos.

As ITU adquiridas em hospital são as nosocomiais mais freqüentes em todo o mundo, representando cerca de 50% do total das infecções adquiridas em hospitais gerais e, em custo, 14% do valor total despendido com as infecções nosocomiais⁽¹³⁾.

A infecção do trato urinário (ITU) hospitalar é responsável por aproximadamente 40% de todas as infecções hospitalares, sendo também uma das fontes importante de sepse hospitalar.

Cerca de 80% dos casos de ITU hospitalar são relacionados com o cateter vesical. As outras causas geralmente são associadas com cistoscopias e outros procedimentos urológicos.

As ITU relacionadas ao cateter vesical geralmente ocorrem de forma endêmica em ambiente hospitalar, usualmente são assintomáticas, na maioria das vezes, a remoção do cateter é curativa. Nos sistemas de sondagens vesicais abertos, a maioria dos pacientes apresentará ITU no quarto dia. Contudo, utilizando-se os sistemas fechados de sondagem vesical, a ITU se desenvolverá ao redor de 30 dias. O sistema de drenagem urinário fechado diminuiu não apenas as ITU s em pacientes com cateteres, como contribuiu de forma significativa na redução da mortalidade dessas.

Conforme demonstrado na literatura médica especializada são recomendadas as seguintes ações para prevenção das infecções do trato urinário: (17,18)

- Lavar as mãos antes da sondagem;
- Evitar cateter vesical;
- Utilizar dispositivo externo para coleta de urina (Uripen) quando possível;
- A cateterização suprapúbica é descrita como sendo um método seguro e parece reduzir as infecções relacionadas a cateterização vesical;
- Utilizar técnica e equipamento estéreis para colocação de sonda vesical;
- Evitar tração ou mobilização exagerada da sonda vesical;
- Utilizar sonda de menor calibre possível;
- Utilizar coletores de urina de circuito fechado com válvula anti-refluxo;
- Manter drenagem contínua, sem bloqueio do fluxo por dobras do cateter ou do coletor;
- Não desconectar o circuito em nenhuma hipótese. Coleta de urina deve ser feita através de punção do coletor em lugar próprio;
- Trocar o sistema caso o circuito fechado tenha sido violado;
- Evitar o contato do coletor fechado com o chão ou frasco de coleta;
- Remover a sonda vesical o mais breve possível;
- Não há indicação da troca preestabelecida (rotineira) do sistema fechado ou da sonda vesical.

O procedimento de sondagem vesical tem a finalidade de Aliviar a distensão da bexiga causada por retenção da urina e para permitir a drenagem contínua (23,24). Para tal procedimentos são necessários os seguintes materiais:

- Sonda vesical estéril (de látex ou silicone, variáveis nas numerações de 10 a 24, sendo os tamanhos médios para adulto entre 16 e 18);
- Seringa contendo 10 a 20 ml, ou água destilada (ampola);
- Material para higiene íntima;
- Protetor plástico para os lençóis;
- Luvas estéreis;
- Coletor de urina;
- Xylocaína gel;
- Espadrapo;
- Gazes.

Este procedimento deve ser realizado de acordo com a seguinte técnica:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Explique o procedimento ao paciente e proporcione privacidade;
- Oriente ou execute a higiene íntima do paciente com água e sabão;
- Disponha os materiais;
- Acrescente os materiais necessários dentro da bandeja como: luvas, antisséptico, xylocaína, seringas, agulhas, campo fenestrado, sonda vesical com a numeração à ser utilizada e o coletor de urina;
- Abra a ampola de água destilada previamente, deixando-a em fácil acesso;
- Calce as luvas estéreis;
- Aspire a água destilada de acordo como volume recomendado na sonda vesical para insuflar o cuff. Faça previamente o teste antes de introduzir no paciente;
- Faça a anti-sepsia do períneo;
- Lubrifique a sonda vesical.

Para realização deste procedimento em pacientes do sexo feminino existem algumas especificações:

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, com os joelhos flexionados e separados, com os pés apoiados sobre o leito, separados com uma distância aproximada de 60 cm;
- Para criar um campo estéril, abra a embalagem do conjunto pronto ou a bandeja de equipamentos, colocando entre as pernas da paciente;
- Separe os grandes lábios (bem como os pequenos lábios) tanto quanto possível usando os dedos polegar, médio e indicador de sua mão não dominante para que se tenha uma visão completa do óstio externo da uretra. Mantenha os lábios bem separados durante todo o procedimento;

- Com a mão dominante, utilize uma pinça e limpe uma face do óstio externo da uretra com um único movimento de cima para baixo. Limpe a outra face com outra gaze ou bola de algodão usando movimento equivalente. Em seguida limpe diretamente o meato uma terceira gaze. Tome cuidado para não contaminar as luvas estéreis;
- Coloque o campo fenestrado estéril;
- Lubrifique a sonda vesical;
- Segure a sonda com sua mão dominante e prepare a inserção da ponta também lubrificada no óstio externo da uretra;
- Avance a sonda até uma distância aproximada de 5 a 7,5 cm, até que a urina comece a sair;
- Retire o campo fenestrado estéril;
- Adaptar o coletor de urina a sonda antes da inserção e insuflar o balão com água destilada recomendada em ml.
- Pendure a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga para impedir o refluxo de urina para a bexiga, o que poderia causar infecções;
- Prenda a sonda na coxa da paciente com fita adesiva para impedir uma possível tração.

Para realização deste procedimento em pacientes do sexo masculino devemos utilizar a seguinte técnica:

- Coloque em decúbito dorsal com as pernas estendidas e repousando totalmente sobre o leito;
- Para criar um campo estéril, abra a embalagem do conjunto pronto ou a bandeja de equipamentos, colocando ao lado do quadril do paciente;
- Segure o pênis com a mão não dominante. Caso o paciente não tenha passado por um processo de circuncisão, retraia o prepúcio. Em seguida erga e estique delicadamente o pênis, até um ângulo de 60 a 90 graus. Segure o pênis nessa posição durante todo o procedimento para manter a uretra com bom alinhamento e preservar o campo estéril;
- Utilize sua mão dominante para limpar a glândula usando uma pinça com gaze ou algodão. Limpe utilizando um movimento circular, iniciando pelo óstio externo da uretra e prosseguindo para fora;
- Repita o procedimento, tomando cuidado para não contaminar suas luvas estéreis;
- Coloque o campo fenestrado estéril;
- Introduza a xylocaína gel dentro do pênis com uma seringa para garantir melhor lubrificação;
- Segure a sonda com sua mão dominante e prepare a inserção da ponta também lubrificada no óstio externo da uretra;
- Avance a sonda até uma distância aproximada de 15 a 20 cm até que haja retorno da urina;
- Retire o campo fenestrado estéril;
- Adaptar o coletor de urina a sonda antes da inserção e insuflar o balão com água destilada recomendada em ml;
- Pendure a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga para impedir o refluxo de urina para a bexiga, o que poderia causar infecções;
- Prenda a sonda na coxa ou na região inferior do abdome usando fita adesiva para impedir uma possível pressão sobre a uretra o que poderia levar a formação de uma fistula uretrocútea;
- Descarte os materiais, retire as luvas e lave as mãos.

Existem alguns pontos que precisam ser observados em relação a sondagem vesical, são eles:

- Indicada nos casos de obstruções do trato urinário (devido à presença de tumor ou hipertrofia da próstata), retenção ou infecção de urina por paralisia neurogênica de bexiga causada por danos ou doença onde a excreção de urina do paciente precise ser monitorizada cuidadosamente;
- A sonda vesical será inserida com o uso de técnica estéril e apenas quando a necessidade for absoluta;
- A inserção deve ser executada com extremo cuidado, para evitar ferimentos ou infecções;
- Nunca force a sonda durante a inserção. Procure manobrá-la delicadamente. Caso encontre resistência, interrompa o procedimento e notifique a enfermeira e o médico;
- Nunca insuflar o balão sem que a urina retorne inicialmente, o que assegura que a sonda está na bexiga e não apenas no canal da uretra;
- Se o médico solicitou uma amostra de urina para exames de laboratório, retire-a do local indicado na sonda com uma seringa colocando-a no frasco apropriado ao exame solicitado;
- Inspeção a sonda periodicamente para detectar obstruções, fluxo e volume;
- Oriente os pacientes quanto à importância de se manter ao coletor de drenagem abaixo da linha da bexiga;
- Esvazie a bolsa coletora a cada 6 horas ou sempre que necessário;
- Registre data, hora, tamanho e tipo de sonda vesical utilizada. Descreva também a quantidade, cor e outras características da urina extraída da bexiga e se colheu exames durante o procedimento de sondagem;
- Proceder a troca de ancoramento da sonda vesical de demora uma vez ao dia;

Todas estas técnicas devem ser passadas para a equipe assistencial de maneira sistematizada utilizando-se de técnicas de ensino, visando o aprendizado e a reciclagem do que se aprendeu após determinado período de tempo.

A educação é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, portanto esta precisa cuidar da formação de seus indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento

de suas capacidades físicas e espirituais e prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. (19)

Segundo o Ministério da Saúde o termo Educação Permanente é um conceito pedagógico no setor da saúde para efetuar realizações entre ensino e ações e serviços entre docência e atenção à saúde para relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. Também realiza agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade sobre a clínica e da promoção da saúde coletiva. (20) A terminologia Educação Permanente é dada como justificativa para integrar as múltiplas abordagens pretendidas. Neste sentido abrigaria, além da educação em serviço, a compreensão no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social no setor. (21)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde especifica a relação da Educação Permanente com os princípios e diretrizes do SUS. (20)

A O.P.S. (Organização Pan-Americana de Saúde), em 1978, conceituou a Educação Continuada como um processo permanente q é iniciado após a formação acadêmica com o objetivo de atualizar e melhorar a capacidade frente a evolução técnico-científica e as necessidades sociais. “processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar capacidade de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais”. (22)

OBJETIVOS

Capacitação da equipe assistencial visando a diminuição do índice de infecção Urinária em paciente que utilizam dispositivos vesicais, que se encontram em regime de assistência domiciliar.

JUSTIFICATIVA

Foi detectada através de monitoria dos indicadores uma elevação dos índices de infecção de pacientes que utilizam dispositivos vesicais, percebemos também que a infecção urinária é uma das principais causas de internação hospitalar e que o custo do tratamento hospitalar para este tipo de afecção é elevado.

MÉTODO

A médica responsável pela CCIH com seu vasto conhecimento elaborou treinamento de revisão de técnicas para capacitar a equipe de enfermeiros visitantes durante o ano de 2010, estes treinamentos visavam não só a revisão literal da técnica utilizada para tal procedimento, mas também a prática utilizando-se de dinâmicas em grupo sempre focadas na realização correta do procedimento.

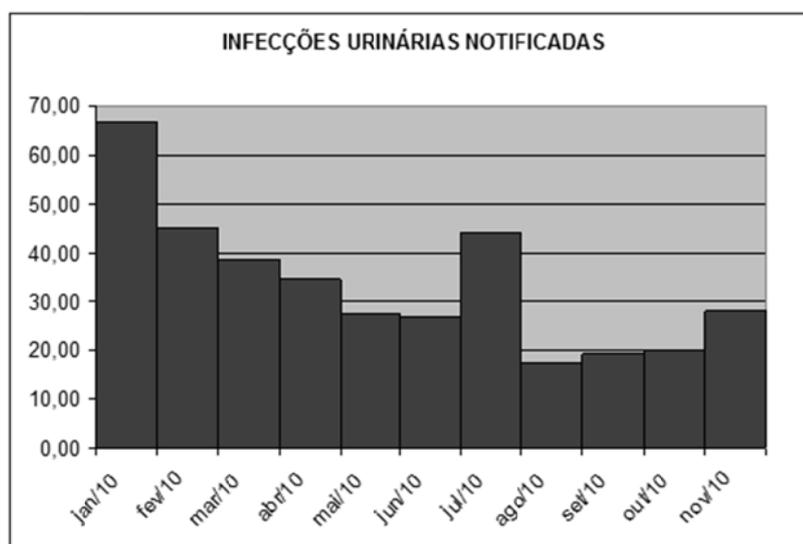
Foi adotada a técnica de abordagem direta do corpo de enfermagem assistencial, com a realização de palestras e demonstração da técnica correta de cateterização vesical, com ênfase nos cuidados da assepsia e antisepsia, pois, os pacientes não se encontram em ambiente hospitalar, fato este que demanda uma maior atenção no que tange a correta limpeza do local onde se dará o procedimento.

Identificamos que após curva de aprendizado, os índices de ITU s diminuíram com a efetiva tendência de queda, no entanto decorridos aproximadamente 90 dias, detectamos a necessidade de nova intervenção junto ao corpo assistencial, acreditando que o seu turn-over pode ter ocasionado a inversão da tendência de queda.

RESULTADOS

Com o término do treinamento e analisando-se os resultados alcançados, ficou demonstrado que logo após a primeira abordagem, houve uma queda mais acentuada na taxa de ITU, quando comparada ao segundo treinamento, que também resultou em uma diminuição na taxa, embora esta tenha se mantido dentro de patamares aceitáveis.

Gráfico 1: Infecções urinárias notificadas



O gráfico acima evidencia a alta taxa de ITU (janeiro) e após a realização do treinamento, a partir de fevereiro, as taxas demonstram uma tendência de queda. Já em julho, devido ao turn-over da equipe assistencial, houve inversão da curva e um novo treinamento foi ministrado ao final do referido período.

CONCLUSÃO

Frente ao exposto, concluímos que a educação permanente é um importante recurso para manutenção e aprimoramento do conhecimento adquirido, cujos resultados foram demonstrados ao longo deste trabalho. Demonstrando ainda a relevante importância do serviço de CCIH, tanto na aquisição quanto na análise das informações relativas a processos infecciosos com vistas a elaboração de ações a serem implementadas no processo de reciclagem do conhecimento da equipe assistencial.

Referências

1. Stamm WE, Hooton TM. Management of urinary tract infections in adults. *N Engl J Med* 1993; 329:1328-34.
2. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Schaeffer AJ, Stamm WE. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Clin Infect Dis* 1999; 29:745-58.
3. Valiquette L. Urinary tract infections in women. *Can J Urol* 2001; 8:6-12.
4. Hooton TM. Pathogenesis of urinary tract infections: an update. *J Antimicrob Chemother* 2000; 46:1-7.
5. Le Saux N, Pham B, Moher D. Evaluating the benefits of antimicrobial prophylaxis to prevent urinary tract infections in children: a systematic review. *CMAJ* 2000; 163:523-9.
6. Zmyslowska A, Kozlowski J, Zielinska E, Bodalski J. Urinary tract infections in children under three years of age. *Pol Merkuriusz Lek* 2003; 14:319-21.
7. Hooton TM, Stamm WE. Diagnosis and treatment of uncomplicated urinary tract infection. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:551-81.
8. Naber KG. Treatment options for acute uncomplicated cystitis in adults. *J Antimicrob Chemother* 2000; 46:23-7.
9. Ronald AR, Harding GK. Complicated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:583-92.
10. Fihn SD. Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *N Engl J Med* 2003; 349:259-66.
11. Stamm WE, Norrby SR. Urinary tract infections: disease panorama and challenges. *J Infect Dis* 2001; 183:(Suppl 1): S1-4.
12. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:609-22.
13. Pewitt EB, Schaeffer AJ. Urinary tract infection in urology, including acute and chronic prostatitis. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:623-46.
14. Barnes RC, Daifuku R, Roddy RE, Stamm WE. Urinary-tract infection in sexually active homosexual men. *Lancet* 1986; 1:171-3.
15. Spach DH, Stapleton AE, Stamm WE. Lack of circumcision increases the risk of urinary tract infection in young men. *JAMA* 1992; 267:679-81.
16. Pinho AM, Lopes GS, Ramos-Filho CF, Santos O da R, Oliveira MP, Halpern M, et al. Urinary tract infection in men with AIDS. *Genitourin Med* 1994; 70:30-4.
- management. *Pediatr Clin North Am* 1997; 44:1133-69.
17. Stamm WE, Hooton TM. Management of urinary tract infections in adults. *N Engl J Med* 1993; 329:1328-34.
18. Guidelines for preventing infections associated with the insertion and maintenance of short-term indwelling urethral catheters in acute care. *J Hosp Infect* 2001; 47(suppl):S39-S4

- 19 – Paschoal, A.S., Mantovani, M.F. e Méler, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc. Enferm USP* 2007;41(3):478-84.
- 20 – Costa, H. Portaria n. 198/GM/MS, 2004.
- 21 – Paschoal AS, Mantovani MF, Lacerda MR. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2006;set;27(3):336-43.
- 22 – Massaroli, A., Saupe, R. Distinção conceitual, educação permanente e educação continuada no processo de trabalho em saúde. Blumenau: Moraes Ltda, 1984. 120 p.
- 23 – CARMAGNAMI, Maria Isabel Sampaio. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Interlivros, 1995. 286p.
- 24 – VEIGA, Deborah de Azevedo, CROSSETI, Maria da Graça Oliveira. Manual de Técnicas de Enfermagem. Porto Alegre: Sagra. 201p.

Qualidade e Segurança

P_127_2011 - Segurança do paciente no agendamento cirúrgico

Karla Ryuko Abe Costa, Rodrigo Damiano Maia Graciano, Juliana Pinto Schunck, Dayane Bruno da Silva Albuquerque, Sara Ferreira Tosta, Bruna Zala Meneguel, Mayra Priscila dos Reis Silva, Carla Ferraro, Alex Sandro Adorno de Santana, Andreia Pereira do Carmo, Elizabeth de Faria

Resumo: O gerenciamento da demanda de paciente com indicação de cirurgia eletiva é uma inovação na área hospitalar e permite o acompanhamento desses pacientes através do desenvolvimento do Sistema de Informação Hospitalar. O objetivo do estudo foi demonstrar o fluxo do paciente com proposta cirúrgica a fim de garantir segurança durante o processo de planejamento da internação até a execução do procedimento e realizar substituições para possíveis cancelamentos cirúrgicos. A utilização desse processo proporciona maior segurança ao paciente, uma vez que garante equipamentos e materiais necessários para o procedimento proposto e oferece um serviço individual e humanizado.

Palavras-chave: Segurança do paciente; administração de serviços de saúde; gerenciamento da demanda; procedimentos cirúrgicos operatórios.

Introdução

A instituição utilizada como base para o presente artigo trata-se de uma Organização Social de Saúde, regida por contrato de gestão, o qual estabelece objetivos da assistência à saúde, bem como as metas a serem alcançadas de forma a promover a avaliação contínua e a possibilidade de mecanismos ágeis e eficientes de gestão hospitalar.

No que concerne ao agendamento cirúrgico, a instituição emprega o uso colegiado de salas cirúrgicas de modo a evitar períodos de ociosidade. Este modelo compartilhado difere de algumas instituições hospitalares de ensino em que parte da estrutura é destinada a sub-especialidades específicas, proporcionado ao hospital mais autonomia no que tange à ocupação das salas cirúrgicas. Além disso, foi criado em abril de 2008 o setor de Gerenciamento Interno de Leitos e Agenda Cirúrgica (GILAC) que permite o controle centralizado dos leitos associado às salas cirúrgicas. O desenvolvimento desse conceito clama por melhorar o planejamento e controle de oferta e demanda de leitos e salas cirúrgicas com a finalidade de manter a taxa de ocupação viável para o uso e garantir a segurança do paciente no momento da internação.

A Organização Mundial da Saúde¹ alerta que milhões de pessoas no mundo sofrem lesões incapacitantes e mortes decorrentes de práticas em saúde que são inseguras, sendo estimado que um em cada dez pacientes será vítima de um erro. Tal estimativa advém de estudos conduzidos em países desenvolvidos, com sistemas de saúde mais estruturados do que os de países em desenvolvimento, nos quais dados epidemiológicos ainda são escassos. Nos Estados Unidos estima-se que 100 pessoas morrem diariamente devido a erros ocorridos durante a assistência à saúde, o que supera a oitava maior causa de mortalidade naquele país¹.

Diante deste cenário, o presente estudo tem como objetivo demonstrar o fluxo do paciente com proposta cirúrgica a fim de garantir a segurança durante o processo de planejamento da internação até a execução do procedimento.

Objetivos

Oferecer segurança no tratamento ao paciente que possui indicação cirúrgica eletiva.

Acompanhar de maneira humanizada questões particulares de cada paciente que interferem previamente na realização do procedimento cirúrgico.

Garantir materiais, equipamentos e preparo necessários para o procedimento cirúrgico.

Substituir algum eventual cancelamento cirúrgico.

Justificativa

Com o propósito de garantir maior segurança ao paciente que possui indicação de cirurgia eletiva, foi instituído um fluxo específico para que o planejamento do procedimento cirúrgico ocorra somente quando o paciente estiver gozando de melhor condição clínica possível e com os exames e/ou preparos pré-operatórios necessários realizados.

A centralização do acompanhamento do paciente desde o momento da indicação de cirurgia até sua chegada ao Centro Cirúrgico, a comunicação alinhada entre os setores envolvidos no planejamento do procedimento cirúrgico do paciente e o desenvolvimento do Sistema de Gestão Hospitalar que busca comunicação e registro intersetorial são os fatores que, associados, tornam esse fluxo possível.

Ao centralizar e gerenciar todas as informações do fluxo referido cabe ao gerenciamento da Agenda Cirúrgica garantir a comunicação intersetorial efetiva, validando as etapas do processo e, conseqüentemente, proporcionando maior segurança ao paciente que terá a estrutura hospitalar necessária para realização de sua cirurgia.

Metodologia

O presente trabalho é um estudo descritivo sobre a criação do fluxo de agendamento cirúrgico eletivo que teve sua fase final de implantação e validação em dezembro de 2009. Este fluxo, por sua vez, possui o conceito central de oferecer um atendimento personalizado através do compartilhamento de informações específicas de cada paciente. Para isso é necessário o envolvimento de todas as áreas que fazem parte desse processo: Ambulatório Cirúrgico, GILAC, Ambulatório de Risco Cirúrgico, Setor de Internação, Centro Cirúrgico, Central de Materiais de Esterilização (CME), Almoxarifado, Central de Atendimento a materiais (CAM) e Ambulatório de Imagem.

A programação eletiva inicia-se no ambulatório cirúrgico a partir da avaliação do médico cirurgião indicando necessidade de cirurgia, seja como proposta diagnóstica, tratamento eletivo, prevenção, alívio dos sintomas, curativa e/ou reconstrução. O médico, então, confecciona um conjunto de documentos necessários para internação cirúrgica do paciente denominado kit cirúrgico. É por meio desse instrumento que se oficializa a indicação da cirurgia. Esta documentação dá origem a dois processos simultâneos: o cadastramento no banco de pacientes cirúrgicos e o agendamento ambulatorial da Avaliação de Risco. Estas informações são disponibilizadas em formato de relatório no SIH para que o corpo clínico consulte em tempo real.

Assim que o kit cirúrgico é conferido, é encaminhado ao GILAC, com formulário denominado check list, cujo qual contém a descrição da documentação que o compõe e as particularidades de cada paciente (exemplos: data prevista para a avaliação de risco cirúrgico, utilização de anticoagulantes, necessidade de ajuste de marca-passo prévio à cirurgia, necessidade de diálise). Assim que chega ao GILAC, o kit é cadastrado no banco de dados de pacientes com indicação cirúrgica no SIH.

A partir desse momento, o assistente administrativo do GILAC responsável pelo agendamento cirúrgico, bem como o cirurgião responsável têm acesso aos dados inclusos no SIH e possuem acesso a todas as informações cadastradas.

No ambulatório de Avaliação de Risco, conforme a data agendada previamente, o paciente é atendido pela equipe multidisciplinar e é submetido à avaliação clínica e anestésica ou somente avaliação anestésica dependendo da sua classificação que mensura o risco anestésico – A Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) – classificando-o em 6 classes, de acordo com a presença e gravidade das doenças que acometem o paciente.³

A avaliação anestésica é baseada na anamnese, antecedentes pessoais, exames laboratoriais, medicações de que faz uso e outras informações pertinentes às condições clínicas do paciente. Somente após essa avaliação o paciente poderá ser considerado apto ao procedimento cirúrgico proposto. Neste momento também é sinalizada a necessidade de reserva de Unidade de Terapia Intensiva após a cirurgia ou não.

Caso as condições físicas do paciente sejam consideradas inadequadas para a cirurgia, é remarcado retorno com anestesista após sugestão de reavaliação com clínicas de base e/ou exames complementares. Nesse caso o acompanhamento é mantido, pois o assistente administrativo do GILAC atualiza as informações no banco de dados conforme a agenda de Avaliação de Risco.

Após o anestesista considerar o paciente apto, o procedimento anestésico é explicado e são sanadas as eventuais dúvidas. É no momento da finalização da Avaliação de Risco que é gerado o documento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Anestesia e/ou Sedação que é assinado pelo anestesista e o paciente. Esse documento, por sua vez, é encaminhado ao GILAC que o inclui no kit cirúrgico e o cadastra – cirurgia e acomodação pós-operatória sugerida – no SIH, quando então fica visível no sistema a toda a situação do paciente como apto para cirurgia.

O agendamento cirúrgico, por sua vez, ocorre predominantemente por demanda eletiva, uma vez que os encaixes e urgências são efetuadas diretamente no Centro Cirúrgico. Para melhor ocupação dos horários cirúrgicos foi confeccionado um cronograma diário por sala de uso preferencial por sub-especialidade cirúrgica. Mediante o não preenchimento da totalidade destes horários no prazo estabelecido, os períodos de vacância serão disponibilizados às demais equipes cirúrgicas. A programação cirúrgica de cada especialidade é realizada pelo médico cirurgião e é facilitada pela centralização dos dados dos pacientes no fluxo cirúrgico no SIH. Ao verificar a disponibilidade de sala, é necessária para o pré-agendamento a confirmação dos seguintes dados:

- Aptidão do paciente na Avaliação de Risco.
- Nome completo do paciente.
- Registro Geral.
- Procedimento proposto - procedimento adicional se necessário.
- Materiais necessários (órgãos, próteses, materiais especiais).
- Tempo previsto para duração da cirurgia.

Após cadastro dos dados no SIH, é enviado ao Centro Cirúrgico o aviso cirúrgico e a solicitação de reserva de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando necessária. Ao Setor de Internação é encaminhado o restante do kit cirúrgico com check list para convocação de acordo com a data prevista de internação através de contato telefônico. A convocação do paciente se dá preferencialmente no período de 5 a 7 dias antes da data do procedimento cirúrgico e o horário de internação é programado considerando a dinâmica de disponibilidade dos leitos cirúrgicos observada em série histórica. Portanto, o paciente cirúrgico eletivo, interna, em sua maioria, um dia antes da cirurgia às 17h30m, salvo casos com indicação médica de preparo pré-operatório intra-hospitalar.

Caso o paciente necessite de outros cuidados pré-operatórios como: uso de anticoagulante, início de medicação pré-operatória, ajuste de marcapasso e diálise, o GILAC comunica o Ambulatório Cirúrgico, que por sua vez entra em contato com o paciente e o orienta em relação ao preparo pré-operatório. Além disso, no momento da convocação, o Setor de Internação confirma a realização dos procedimentos pré-operatórios para evitar internações sem preparo adequado. O paciente conta ainda com uma linha direta de telefone para tirar dúvidas com o enfermeiro que o acompanhou em todo o fluxo cirúrgico.

A fim de contribuir para o provisionamento de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a programação cirúrgica é revisada diariamente com o objetivo de distribuir as demandas de leitos, possibilitando o remanejamento das cirurgias antes da convocação dos pacientes. Como consequência, o cancelamento de cirurgias por falta de leitos é raro.

Além disso, buscando diminuir o absenteísmo dos pacientes, no dia anterior a internação, o Setor de Internação entra em contato novamente com o paciente para confirmar sua convocação. Na manhã do dia que antecede a cirurgia é realizada reserva no leito cirúrgico pelo GILAC com conferência concomitante à programação cirúrgica e ao banco de dados de paciente com indicação cirúrgica. A informação do leito reservado ao paciente fica acessível a todo o instituto e facilita o dimensionamento da equipe.

A última etapa que antecede o ato cirúrgico é a confirmação do agendamento cirúrgico pelo Centro Cirúrgico e pelo Almoxarifado. Esta é feita através do SIH e permite a última conferência do provisionamento de materiais, equipamentos e recursos humanos para a realização da cirurgia.

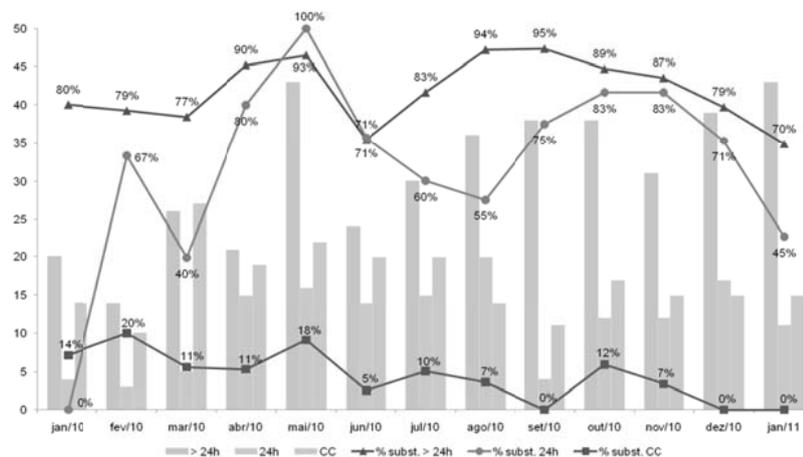


Gráfico 1 – Distribuição dos cancelamentos cirúrgicos por período que antecede a cirurgia: 24 horas de antecedência, maior que 24 horas ou no próprio Centro Cirúrgico e a porcentagem de substituição nos diferentes momentos.

Resultados

O uso do recurso do banco de dados de pacientes cirúrgicos permite não só identificar a demanda do instituto (global e sub-especialidade), mas também visualizar os gargalos para o agendamento (falta de oferta de pacientes aptos versus disponibilidade de horário cirúrgico).

Ademais, traz agilidade nas marcações e substituições diante o cancelamento de procedimentos eletivos. Mais ainda, o gerenciamento desse banco de dados permite o acompanhamento e visualização em tempo real do posicionamento dentro do fluxo do paciente nas diferentes etapas de preparo. Portanto, é possível monitorar os possíveis entraves, tais quais: falta na consulta de Avaliação de Risco, não suspensão de medicamentos (anticoagulantes), mudança de conduta médica, impossibilidade de operar por parte do paciente, entre outros. Sendo assim, gerenciar o banco de pacientes cirúrgicos permite o controle e otimização do atendimento aos pacientes, impactando diretamente no uso eficiente das salas cirúrgicas e é ferramenta essencial que facilita a organização no agendamento cirúrgico.

Observa-se no gráfico 1 o resultado do conhecimento da demanda cirúrgica eletiva gerenciadas em conjunto com o agendamento cirúrgico, uma vez que a porcentagem de substituição é maior quanto maior for o tempo de cancelamento que antecede a cirurgia.

Conclusão

Em concordância com a visão do instituto ao buscar excelência no tratamento dos pacientes atendidos, o gerenciamento do banco de dados de pacientes com indicação cirúrgica mostra-se eficiente ao permitir a visualização da demanda de indicações cirúrgicas eletivas, facilitando a substituição em casos de cancelamento cirúrgico.

Conclui-se, então, que a utilização do processo inovador acima descrito de gerenciamento visa maior segurança ao paciente, uma vez que garante equipamentos e materiais necessários para o procedimento proposto e oferece um serviço individual e humanizado. Além disso, garante a ativa comunicação intersetorial e multiprofissional, proporcionando sustentabilidade na qualidade destes serviços.

Referências

- 1 World Health Organization [Internet]. World Alliance for Patient Safety. Forward Program 2006-2007. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf
- 2 Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
- 3 American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. "Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation." *Anesthesiology* 96 (Fevereiro 2002): 485-496.
- 4 A Guide to Implementing the Theory of Constraints (TOC). Disponível em URL: <http://www.dbmfg.co.nz/Healthcare.htm>.

Indicadores Assistenciais

P_128_2011 - Análise da intubação gástrica de usuários em um Programa de Assistência Domiciliar de um Hospital Universitário

Larissa Kozloff Naves, Daisy Maria Rizzato Tronchin

Resumo: Objetivo: analisar a intubação gástrica para nutrição enteral dos usuários em Programa de Assistência Domiciliar, no Hospital Universitário da USP. Método: quantitativo, com 37 sujeitos. Os dados foram coletados de abril a agosto de 2010, empregando-se formulários. Empregou-se para a análise a estatística descritiva e cálculo de indicadores. Resultados: 51,4% eram mulheres, 67,6% apresentavam idade 60 anos e 51,4% utilizaram gastrostomia. A incidência das extubações foi 1,08; 0,82 de não planejadas; $p=0,0093$, o rompimento do balão foi o principal motivo de substituição da sonda. Conclusão: o emprego de indicadores permitiu conhecer a realidade e subsidiar ações de melhoria na qualidade assistencial.

Palavras chave: Intubação Gastrointestinal, Avaliação de Serviços de Saúde, Assistência domiciliar, Enfermagem

Introdução

As demandas dos serviços de saúde e dos usuários na redução do tempo de internação, do número de rehospitalizações, dos custos, na humanização do atendimento e melhora na qualidade de vida do paciente propiciou o estabelecimento de uma nova modalidade de atenção à saúde: a domiciliar.

Nessa direção, a assistência domiciliar (AD) é um sistema de atendimento de provisão de serviço de saúde aos indivíduos, independentemente, da faixa etária, objetivando substituir a hospitalização repentina por necessidade aguda de cuidado ou de prevenir a necessidade de internação institucional, manter os indivíduos em seu domicílio e comunidade e favorecer o convívio familiar (Hirschfeld e Oguiso 2002; Fabricio et al., 2004; Dal Ben e Gaidzinski 2007; Oguiso e Schmidt, 2010).

A AD é vista como uma tendência mundial no cuidado e é compreendida como uma estratégia das organizações de saúde, no intuito de realocarem os custos e adaptarem-se às doenças crônico-degenerativas e ao envelhecimento populacional, o qual acarreta aos indivíduos dessa faixa etária, maior vulnerabilidade à doença crônica e o declínio no estado de saúde.

Sob o ponto de vista profissional, a atenção domiciliar pode ser realizada por equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, auxiliares e técnicos de enfermagem.

No que diz respeito à assistência de enfermagem, o enfermeiro desempenha o papel de coordenador da equipe de enfermagem, realiza a supervisão, a execução ou orientação dos cuidados, de acordo com a complexidade clínica e necessidades de cuidados de cada paciente.

Dal Ben e Gaidzinski (2007) acrescentam, que esse novo campo de trabalho para a enfermagem exige além da competência técnico-científica, o conhecimento relacionado à responsabilidade jurídica envolvendo os aspectos penais, civis e ético-profissional, responsabilidade essa, que acarreta implicações legais ao exercício da enfermagem para que as decisões e ações sejam realizadas de maneira segura, tanto para o profissional quanto para o usuário.

Para Oguiso e Schmidt (2010), embora os cuidados de home care possam ser prestados por profissionais da saúde, a literatura tem apontado também, para os cuidadores formais ou informais treinados, especialmente, nos países que pretendem reduzir custos, prover conforto ao paciente e prevenir possíveis infecções hospitalares. Ainda, citam que a supervisão dos cuidadores pelo enfermeiro é de fundamental importância para o acompanhamento do desempenho dos cuidados diretos, pois é de sua responsabilidade profissional.

O cuidador é a pessoa que tem a função de cuidar de outro ser humano com certo grau de dependência física ou mental e que necessita de auxílio para desempenhar as atividades do cotidiano (Duarte, 2006).

Desse modo, pode-se encontrar o cuidador informal, geralmente, representado por um membro da família, que assume uma atividade não remunerada, responsabilizando-se por essa ou o cuidador formal, o qual desempenha suas atividades mediante remuneração.

Dentre as necessidades de saúde dos usuários desse serviço encontra-se a Terapia Nutricional Enteral (TNE). Em 1999, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 337 e da Resolução 63 de 2000, normatizou a TNE no Brasil, e dispôs as atribuições de cada profissional da equipe, imputando a obrigatoriedade dessas normativas nos estabelecimentos de saúde que empregam a prática de aporte nutricional por meio de intubação gástrica (Brasil, 2000).

A intubação gástrica (IG) no domicílio é uma prática assistencial destinada ao aporte nutricional e administração de medicamentos implicando na instalação, manutenção e estabilidade da sonda, administração da dieta e de medicamento e na capacitação dos cuidadores ou do próprio paciente para o sucesso da terapêutica.

Assim, como todo procedimento invasivo a IG não está isenta de risco ou complicações, dentre essas destacam-se as de natureza mecânica como: deslocamento, retirada não planejada da sonda, as obstruções, o rompimento do balão (gastrostomia), expondo o paciente a riscos desnecessários, como a broncoaspiração, o desconforto e a dor devidas as reintubações, longos períodos em jejum e o aumento no consumo do material. Em relação às complicações gastrointestinais, encontra-se a diarreia ou a constipação (Cómez-Candela et al., 2003; Gunn et al., 2010).

Nesse cenário, um dos instrumentos destinados a monitorar a qualidade de um serviço é o emprego de indicadores, visando à eficiência, eficácia e a confiabilidade dos processos de trabalho, constituindo-se, dessa maneira, em uma prática profícua para a avaliação em saúde.

O conceito de qualidade é complexo, uma vez que detém inúmeros componentes de valoração subjetiva para atribuir uma conotação positiva a um produto ou serviço, no intuito de atender ou superar as necessidades e as expectativas dos pacientes/usuários.

Na definição de qualidade da assistência, Donabedian (1992) traz a idéia de que ela não se constitui num atributo abstrato e, sim, que é construída pela avaliação assistencial abrangendo a análise dos componentes de estrutura, de processo e de resultado. E assim, estabeleceu um modelo avaliativo em saúde pautado nesses componentes.

Os indicadores são conceituados como uma medida quantitativa que pode ser empregada para monitorar e avaliar os cuidados providos ao usuário e as atividades de um serviço (JCAHO, 1999). Logo, é um sinalizador, que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos em uma organização, e necessita de revisão periódica (Bittar, 2001; Mainz, 2003).

No Brasil, a ANVISA instituiu alguns indicadores para avaliação de desempenho dos serviços de AD, sendo eles: taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar, taxa de internação após atenção domiciliar, de infecção para a modalidade internação domiciliar e de alta para ambas as modalidades de atenção domiciliar. No entanto, ainda, não há elaboração e a aplicação de indicadores assistenciais, sobretudo envolvendo as dimensões de processo e resultado, explicitadas no modelo avaliativo donabedian.

Tendo em vista a escassez de literatura acerca da avaliação da qualidade de práticas assistenciais na atenção domiciliar por meio de indicadores baseados em índices, este estudo apresenta os objetivos que se seguem.

Objetivos

Traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos usuários submetidos à intubação gástrica para aporte nutricional no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) de um hospital universitário;

Mensurar a taxa de incidência de extubações gástricas dos usuários do (PAD) e

Identificar os motivos envolvidos nas extubações gástricas dos usuários à intubação gástrica para nutrição enteral no PAD.

Justificativa

A caracterização dos usuários de um Programa de Assistência Domiciliar e o conhecimento dos indicadores de resultado possibilitam o monitoramento e avaliação da qualidade envolvendo a intubação gástrica, subsidiando medidas corretivas e preventivas para a constante melhoria da assistência prestada nessa modalidade de atenção.

Método

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva de dados.

O local do estudo foi o Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (PAD-HU/USP).

O PAD-HU/USP foi implantado na referida instituição em 2000, sendo adotada como modalidade de atenção a assistência domiciliar.

A equipe de profissionais de saúde é constituída por cinco médicos (dois clínicos, dois pediatras e um psiquiatra), três enfermeiras, duas fisioterapeutas, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga. Conta, também, com apoio de uma secretária e um motorista.

A população-alvo desta investigação foi constituída por usuários submetidos à intubação gástrica para NED que atenderam aos seguintes critérios de exclusão, os usuários que evoluíssem para óbito nas primeiras 24 horas ou aqueles que tivessem a via de alimentação alterada. Desse modo, 37 usuários foram envolvidos na pesquisa.

O estudo foi submetido ao Departamento de Enfermagem e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP e aprovado - protocolo 986/10 e SISNEP CAAE 0013.01.198.000-10.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2010, por meio de dois formulários. O primeiro contendo os dados sociodemográficos e os dados relativos ao procedimento e o segundo para registrar o número de paciente/dia intubado.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica no programa Excel® e, posteriormente, tratados pela análise estatística descritiva, com testes específicos para a comparabilidade de variáveis e a taxa de incidência de extubação gástrica foi calculada mediante indicadores assistenciais de resultado, os quais são expressos por meio das equações abaixo:

$$\begin{array}{l} \text{Incidência geral das extubações} \\ \text{(Planejadas e Não Planejadas)} = \frac{\text{___nº de extubações___}}{\text{Total de paciente-dia c/ intubação gástrica}} \quad \times 100 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Incidência das extubações} \\ \text{Planejadas} = \frac{\text{___nº de extubações planejadas___}}{\text{Total de paciente-dia c/ intubação gástrica}} \quad \times 100 \end{array}$$

$$\begin{array}{l} \text{Incidência das extubações} \\ \text{Não Planejadas} = \frac{\text{___nº de extubações não planejadas___}}{\text{Total de paciente-dia c/ intubação gástrica}} \quad \times 100 \end{array}$$

As extubações foram classificadas em:

- Extubação planejada: caracterizada pelo término da terapêutica, pela substituição eletiva da sonda (de acordo com protocolo a cada 6 meses) ou alteração da via de intubação (nasogástrica para gastrostomia).
- Extubação não planejada: caracterizada pela situação de retirada da sonda por rompimento do balão, por obstrução, pela deterioração do material, pela posição seletiva, ou retirada da sonda pelo paciente, profissional de saúde ou cuidador.

Resultados

A Tabela 1 retrata os dados sociodemográficos e clínicos dos usuários do PAD.

Tabela 1 - Distribuição dos usuários segundo as variáveis sexo, faixa etária, diagnóstico de admissão e medicamentos, PAD, HU-USP, São Paulo – 2010

N=37		
Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	19	51,4
Masculino	18	48,6
Faixa Etária (anos)		
01--18	7	18,9
18--60	5	13,5
≥ 60	25	67,6
Diagnóstico Admissão		
Acidente Vascular Cerebral	12	32,5
Demência	10	27
Traumatismo Intra-craniano	3	8,1
Paralisia Cerebral	3	8,1
Werdnig-Hoffmann	2	5,4
Síndrome de West	2	5,4
Neoplasias Malignas	2	5,4
Anomalias cromossômicas	2	5,4
Doença pelo vírus da imunodeficiência	1	2,7

Pela análise dos dados da Tabela 1, verificou-se que houve o predomínio do sexo feminino 19 (51,4%) e, que a maioria dos sujeitos (67,6%) encontrava-se na faixa etária a 60 anos, considerada como população idosa. Acrescenta-se que a média de idade dos usuários correspondeu a 59,4 anos (dp+30,7), a mediana 75 anos, com limites inferior e superior de 4 meses a 93 anos.

Em relação ao diagnóstico de admissão constatou-se que a maior parte dos usuários apresentou patologias envolvendo o sistema neurológico, sendo 12 (33%) o acidente vascular cerebral e 10 (27%) a demência. As doenças neurológicas, geralmente, acarretam perda da capacidade funcional e cognitiva devido à sua progressão natural, o que leva o paciente à dependência em relação às atividades de vida diária, como alimentar-se, locomover-se e higienizar-se.

Os resultados do presente estudo referente à variável sexo, idade e diagnóstico primário são semelhantes aos encontrados por Yamaguchi et al. (2010), no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HC-USP), no qual predominou os usuários na faixa etária a 60 (79,2%) e o sexo feminino (61%).

Quanto ao diagnóstico primário, 42,4% apresentaram patologias envolvendo o sistema neurológico, também em consonância ao de Cawsey et al. (2010), no qual 35,5% dos pacientes em NED apresentaram como diagnóstico de admissão patologias do sistema neurológico.

Estes estudos ratificam a importância de oferecer serviços de saúde que atendam às necessidades de saúde desta população, especialmente as limitações relativas à locomoção, à incapacidade física e funcional e ao acesso aos estabelecimentos de saúde. Dessa forma, uma das estratégias para o acolhimento desta população são os programas voltados ao gerenciamento e suporte aos portadores de patologias crônicas, como o atendimento domiciliar.

As doenças crônico-degenerativas, geralmente, requerem cuidados especiais, pois o paciente torna-se dependente ou semi-dependente para o auto-cuidado. Para suprir esta necessidade, surge a figura do cuidador, que na maioria das vezes, é um familiar ou uma pessoa próxima ao paciente.

Quanto ao vínculo, notou-se que 36 (97,3%) cuidadores integravam à família, representado por 10 (27%) pela mãe e 9 (24,3%) pela esposa(o), 8 (21,6%) pela filha(o); na categoria outros vínculos, 18,9% estiveram presentes a cunhada, o genro, a nora e a neta. Em relação à escolaridade, um terço (35,1%) não completou o ensino fundamental e 12 (32,4%) completaram o ensino fundamental ou o médio.

No que tange ao tempo de permanência no PAD, dos usuários seguidos nesta investigação, este correspondeu em média a 10,3 meses (dp+12,2), valor mínimo de 0,1 (3 dias) e máximo 51 meses. Ainda, constatou-se que 16 (43,2%) receberam alta do programa e 21 (56,8%) continuaram em acompanhamento. O óbito representou 69% dos motivos de alta desses usuários.

Neste estudo na soma total dos dias de intubação correspondeu a 2676 dias, sendo 745 no primeiro mês, 666 no segundo, 632 no terceiro e 633 no quarto.

A Figura a seguir demonstra a distribuição por tipo de via:

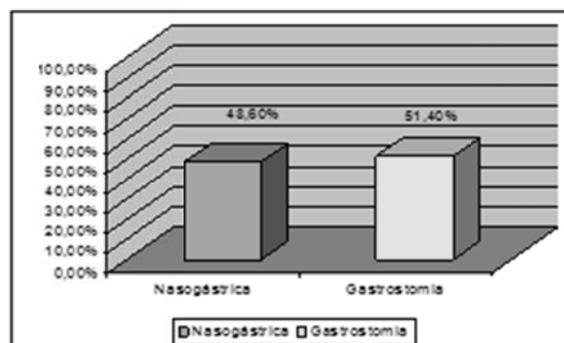


Figura 1 - Distribuição das vias de inserção da sonda dos usuários, PAD, HU-USP, São Paulo – 2010

Na análise dos dados verificou-se o predomínio da inserção da sonda pela gastrostomia (51,4%).

As extubações gástricas podem ser consideradas medidas de avaliação em saúde, especialmente quando geram indicadores assistenciais. Contudo, observa-se que há poucos trabalhos na literatura monitorizando a proporção, a taxa de incidência e os motivos ou circunstâncias envolvidas nesse evento, e quando o fazem, optam por estudar as extubações não planejadas.

Durante o período do estudo observou-se que 49% dos usuários foram extubados. Das extubações analisadas, 75,9% foram classificadas como não planejadas, ou seja, caracterizadas por situações nas quais os eventos ocorreram sob circunstâncias não esperadas e 24,1% de planejadas.

Na descrição por tipo de extubação e o motivo envolvido, das extubações planejadas, 4 (13,8%) foram eletivas, ou seja, trocas programadas conforme protocolo do PAD. Nas extubações não planejadas, 10 (34,5%) decorreram do rompimento do balão, seguida de 6 (20,7%) pelos usuários que retiraram a própria sonda.

Diferentes situações concorrem para o rompimento do balão da sonda de gastrostomia: manipulação inadequada da via indicada para insuflar o balão, agitação psicomotora, pH do suco gástrico e não respeitar o tempo de substituição da sonda preconizado pelo protocolo, fatos esses que necessitam de investigação mais aprofundada.

A seguir encontram-se os indicadores de resultado: taxa de incidência de extubação geral, taxa de incidência de extubação planejada e de não planejada.

Tabela 2 -Taxa de incidência por tipo de extubação dos usuários, PAD HU- USP, São Paulo – 2010

Tipo	N=29			p-valor
	Planejada	Não Planejada	TOTAL	
Mês	N=7	N=22		
1	0,13	1,34	1,47	
2	0,15	0,6	0,75	
3	0,79	0,94	1,74	0,0093*
4	0	0,31	0,31	
TOTAL	0,26	0,82	1,08	

*Teste Qui Quadrado

No período de estudo ocorreram 29 extubações em 2676 pacientes-dia intubados, a taxa de incidência geral foi de 1,08, sendo 0,82 para a não planejada e 0,26 para planejada, com diferença estatística significativa $p=0,0093$. Em todos os meses a taxa de extubação não planejada foi maior quando comparada à planejada.

Na comparação entre os meses, observou-se que, o terceiro mês teve a maior taxa 1,74, sendo 0,94 de não planejada. Destaca-se, ainda, que no quarto mês, não houve retirada planejada da sonda.

O cálculo da probabilidade de permanência da sonda para o primeiro mês foi de 57,1% em se tratando de extubação planejada e de 59,1% para a extubação não planejada, ou seja, não apresentando diferença estatisticamente significativa, aplicando-se o teste do qui-quadrado ($p=0,224$). Ao observar a permanência da sonda em meses, verifica-se que para as extubações planejadas e não planejadas são, respectivamente, 1,37 e 2,0 meses.

A média de permanência da sonda, segundo a via de inserção foi de 3,6 meses para a nasogástrica e 4,1 meses para a gastrostomia, com mediana de 2,1 meses e 4,1 meses, respectivamente. Cabe ressaltar, que no momento do início da coleta de dados, o usuário poderia estar com a sonda passando esta a ser avaliada a partir do dia de sua inserção.

Conclusões

O presente estudo possibilitou conhecer a realidade da prática assistencial da intubação gástrica para o aporte nutricional dos usuários atendidos no programa de atendimento domiciliar do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e reconhecer, que o sucesso da terapêutica perpassa por um conjunto de saberes técnicos, éticos e sociais que necessitam ser apreendido pelos profissionais de saúde envolvidos na atenção domiciliar.

O cálculo da taxa de incidência de extubação gástrica neste estudo foi possível mediante a aplicação do indicador de resultado do modelo donabedian, com maior incidência para as extubações não planejadas decorrentes do rompimento do balão, no caso dos portadores de gastrostomia ou retirada da sonda pelo próprio usuário.

Em relação ao primeiro motivo, há necessidade de verificar aspectos que envolvem o tipo e a marca do material, o manuseio da sonda pelo cuidador, a agitação psicomotora do paciente, manutenção de programas periódicos de capacitação e

avaliação da prática e o aprendizado por parte do cuidador. No que diz respeito ao segundo motivo, atentar para a fixação da sonda e para o estado clínico do paciente, através de orientações aos cuidadores/familiares a fim de minimizar as complicações decorrentes destes tipos de extubação.

Assim, ao finalizar este estudo, ratificamos o fato de que o contexto da atenção domiciliar é um campo do conhecimento a ser explorado, uma vez que é uma tendência mundial de gestão em saúde e que o emprego de indicadores permite identificar problemas reais e potenciais, visando implementar ações efetivas para o alcance da qualidade em saúde.

Referências

- Bittar OJN. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. RAS Rev Adm Saúde 2001; 12(3): 21-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC/ANVISA nº 63, de 06 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral. (on line). Brasília, 2000 (citado 2009 dez.04). Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63_00rdc.htm
- Cawsey SI, Soo J, Gramlich LM. Home enteral nutrition: outcomes relative to indication. Nutrition in Clinical Practice. 2010; 25 (3): 296-300.
- Dal Ben LW, Gaidzinski RR. Home Care: Planejamento e administração da equipe de enfermagem. São Paulo: Andreoli; 2007.
- Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J org. Investigaciones sobre servicio de salud: una antología. Washington - (DC): OPAS; 1992. p.382-404.
- Duarte YAO, Diogo, MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. p. 3-17.
- Hirschfeld MJ, Oguiso T. Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. Rev Bras Enferm. 2002; 55(4):452-9.
- Fabício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JL. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev Lat Am Enfermagem. 2004;12(5):721-6.
- Gómez Candela A, Cos Blanco PP, García-Luna A, Pérez Cruz LM, Luengo Pérez C, Iglesias-Rosado C et al. Complicaciones de la nutrición enteral domiciliar: resultados de un estudio multicéntrico. Nutr. Hosp. 2003;18(3):167-73.
- Gunn SR, Early BJ, Zenati MS, Ochoa JB. Use of a nasal bridle prevents accidental nasoenteral feeding tube removal. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2009; 33(1): 50-4.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Accreditation Characteristics of clinical indicators. QRB Qual Rev Bul. 1989; 15(11):330-9.
- Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. Int J Qual Health Care. 2003; 5(6):523-30.
- Oguiso T, Schmidt MJ. Exercício da Enfermagem domiciliar (Home Care). In: Oguiso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010 p. 197-206.
- Yamaguchi AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Bricola SAPC, Jacob-Filho W, Martins MA. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. São Paulo: Manole; 2010.

Acreditação

P_129_2011 - Modelos de Qualidade nos Hospitais Paulistas: Visão dos Gestores

Maria Lucia Bom Angelo

Palavras-Chave: Acreditação hospitalar, qualidade em saúde, administração hospitalar, avaliação de serviços de saúde

INTRODUÇÃO

Na atualidade, todas as instituições de saúde, independente do seu grau de complexidade e de sua natureza pública, privada ou filantrópica, têm demonstrado interesses crescentes em aplicar esforços para fornecer cuidados seguros e de alta qualidade aos pacientes.

Este cenário tem provocado a necessidade de buscar programas de qualidade com o intuito de melhorar o uso dos recursos e a gestão institucional, visando à sobrevivência das organizações. Em especial os hospitais vêm se propondo a trilhar o caminho da melhoria contínua, em busca da qualidade, que consiste "... na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o paciente, e ao menor custo" 1.

Portanto, não é mais sustentável que a qualidade da assistência à saúde seja determinada por meio da percepção individual dos profissionais e gestores envolvidos, que com orgulho mostram seus feitos ou com astúcia camuflam seus erros. É necessário buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo desenvolvidos de maneira eficiente, visando à melhoria da qualidade do cuidado ao paciente.

Os gestores têm que cada vez mais se profissionalizar para poder orquestrar bem todas as faces da instituição: a estrutura existente e pretendida quanto a recursos físicos, humanos e organizacionais adequados; os processos de trabalho nas áreas de serviços assistenciais e de apoio; o impacto da assistência prestada; a satisfação dos usuários.

Com tudo isso, que modelo de gestão da qualidade adotar? Como saber se o caminho proposto é acertado? Como disseminar a nova cultura da qualidade na instituição? Que parâmetros adotar para avaliar e comparar os resultados?

O modo intuitivo até mesmo daqueles gestores com habilidade de liderança e com boa visão sobre o cenário da saúde pode ser fortalecido através de metodologias que se propõem a ser uma bússola e um termômetro para essas organizações: trata-se das certificações e acreditações da qualidade hospitalar.

Os hospitais brasileiros vêm utilizando de modo progressivo e em boa parte dos casos voluntário, alguns modelos para avaliação externa a fim de estabelecer parâmetros de qualidade e de desempenho. Entre eles estão as normas de gestão do Sistema Brasileiro de Acreditação, aferidos através da Organização Nacional de Acreditação – ONA 2, o Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar – CQH 3, e alguns já partem para acreditações internacionais como Joint Commission International – JCI 4 ou o modelo canadense Canadian Council on Health Services Accreditation - CCH-AS 5. Há também iniciativas governamentais no sentido de desenvolver instrumentos gerenciais relacionados à avaliação de serviços oferecidos à população, como o Plano Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde – PNASS 6. Além desses, há prêmios setoriais como o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – PNGS 7 que também validam a gestão.

JUSTIFICATIVA

Aderir voluntariamente a processos externos de avaliação, sabidamente trabalhosos e caros, utópicos e distantes para muitos, é um grande desafio, principalmente para as instituições públicas. Em muitos casos, dependendo do cenário institucional, o desafio pode beirar à ousadia ou até mesmo à loucura...

Os processos de conquista dessas certificações exigem várias mudanças organizacionais e investimentos e não podem se limitar a ser "um diploma para colocar na parede". Além da visibilidade trazida pela certificação, espera-se que os benefícios do padrão de excelência levem a um melhor gerenciamento dos processos, aumento da segurança do paciente, padronização dos procedimentos. O uso dessas metodologias seria uma forma de garantir a missão das instituições.

O objetivo geral do presente trabalho foi compreender o processo de escolha de modelos de programas de qualidade em hospitais paulistas.

Quanto aos objetivos específicos: Analisar os vários tipos de modelos de qualidade implantados em hospitais de São Paulo; Mapear os vários modelos de qualidade implantados em São Paulo e no Brasil; Analisar as motivações e dificuldades para implantação desses modelos; Verificar vantagens e desvantagens da coexistência de mais de uma metodologia de qualidade em uma mesma instituição hospitalar; Identificar os benefícios associados à aplicação desses modelos.

MÉTODO

O tipo de estudo abrangeu: Pesquisa qualitativa: estudo de caso; Levantamento bibliográfico baseado em referencial teórico através de revisão bibliográfica. As fontes para a pesquisa constituíram-se de artigos científicos, dissertações acadêmicas, textos técnicos, documentos disponíveis em sites de organizações de saúde; Pesquisa de campo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, para Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública de Saúde, realizada através de entrevista semi-estruturada com gestores de hospitais.

As variáveis de análise utilizadas para a realização neste estudo foram: Razões que levaram a buscar modelos de qualidade; Dificuldades; Desafios; Convivência entre dois sistemas de certificação diferentes

Foi escolhida uma amostra de conveniência com a seleção de três casos para o estudo, tendo como critério de inclusão a coexistência de dois tipos de modelos de qualidade diferentes em um mesmo hospital.

RESULTADOS

Serão apresentados os dados principais obtidos por meio das entrevistas com os gestores (dois médicos e um administrador) dos três hospitais visitados, todos atuando na instituição há cerca de dez anos.

PERFIS RESUMIDOS (hospitais referidos no Quadro 1 a 3):

QUADRO 1: Tipos de certificados adotados nos 3 hospitais visitados – São Paulo

Hospital	TIPOS DE CERTIFICADOS ADOTADOS						
	CQH	ISO	ONA	PNASS	JCI	CCHSA (canadense)	PNQ/PNGS
A	x		III	x	x		x
B	x		II				
C		x	II				x

Fonte: Entrevista com gestores dos três hospitais visitados – Janeiro/2010

A = Hospital Público, Geral, gerenciado por OSS, Região Metropolitana São Paulo.

B = Hospital Público, Geral, gerenciado por OSS, Região Metropolitana São Paulo.

C = Hospital Público, Geral, gerenciado por OSS, Capital – SP

HISTÓRICO

Os três serviços começaram a desenvolver programas ligados à Qualidade entre 2000 e 2002, praticamente desde sua fundação. Naquela época não se tratava propriamente das certificações enfocadas neste trabalho, mas outras ligadas ao aleitamento materno e humanização do parto e nascimento e assistência humanizada ao recém nascido de baixo-peso.

As metodologias da Qualidade propriamente ditas tiveram sua implantação entre cinco a sete anos atrás, sendo os primeiros certificados obtidos entre 2003 e 2005. O segundo modelo escolhido entra em cena um a dois anos após a primeira certificação, entre 2004 e 2006. Os três serviços evidenciam esse percurso graficamente através de "linhas do tempo" que demonstram que almejam melhorias contínuas, obtendo novas conquistas a cada ano, com nível de exigência cada vez maior.

Quanto às etapas mais importantes na implantação dos modelos de qualidade, foram citadas tanto de uma forma abrangente como "qualidade tem que ser um princípio da instituição", ou com a valorização de cada etapa explicitada na frase "cada vez que conseguimos algum benefício para a instituição é um marco importante", além da exaltação do momento da obtenção das certificações propriamente ditas.

FATORES QUE MOTIVAM A ESCOLHA DO MODELO:

A demanda da Secretaria Estadual de Saúde aos hospitais da rede estadual tem sido a adoção do modelo ONA, sugerindo uma padronização ou direcionamento principalmente para os hospitais sob gestão compartilhada com OSSs, tipo de gestão, que exige indicadores de qualidade e metas, como nos modelos de qualidade.

A existência de um roteiro como o do CQH foi citado como um fator de atração. A possibilidade de figurar como um dos participantes nos gráficos de indicadores, facilitando o benchmarking, é altamente valorizado pelos gestores dos três serviços.

A valorização do modelo ONA como "produto nacional" também apareceu como motivação: "um hospital público deve optar por um modelo brasileiro".

A procura por um modelo embasado em "mais profissionalismo e menos voluntariado", e que "que evolua mais e abra mais portas", com "visitas melhores, onde se aprende mais", justificaram também a adoção de um segundo modelo para se somar ao primeiro.

COEXISTÊNCIA DE DOIS MODELOS:

Em resposta a uma das indagações do presente trabalho, que buscava saber o que levou à decisão de ter um segundo modelo coexistindo com o primeiro, foram obtidas as seguintes respostas:

--- "Quando se está há muitos anos num mesmo modelo, passa a não haver desafios. É para a equipe caminhar em busca da melhoria contínua";

--- "Um modelo acaba complementando o outro. Chega a um ponto que se a visita é do ONA ou do CQH independe, trabalha-se para sanar as não conformidades dos dois";

--- "Tudo está alinhado com a visão do hospital: ser reconhecido até 2010 como o melhor hospital público do Brasil. Um vai completando o outro. Por ser vitrine da SES e da OSS, essas instâncias apóiam as ousadias da alta direção, que sempre traz novas idéias de melhorias. Avaliamos que certificações internacionais não acrescentariam muito, mas PNGS sim, alinhado à visão, houve uma melhoria grande a partir da visão de processos".

Outra questão relacionada, se a coexistência de mais de um modelo de qualidade levaria a áreas de conflito, os gestores entrevistados foram unânimes em afirmar que os modelos são complementares e que não são contraditórios. Consideram que, embora todos tenham o mesmo enfoque, que é a busca da qualidade, as metodologias ou os focos principais podem variar. Na opinião dos entrevistados: "o CQH enfatiza os indicadores e a informação, o ONA ajuda muito na estrutura e na operação, o PNGS valoriza a estratégia, o JCI foca a segurança do paciente e área assistencial em especial". Os três hospitais tiveram que fazer investimentos em estrutura, por exigências de novas legislações que embasam os requisitos solicitados pelos modelos adotados. Mesmo que um modelo seja considerado pelo gestor como mais difícil, complexo ou mais detalhista que o outro, a implantação de um primeiro facilita a adoção do modelo seguinte, pois as melhorias obtidas com um fazem parte também das exigências do outro.

Estas visões conferem com Schiesari (2003) 8, que afirma que "estes modelos são vistos hoje como "convergentes", o que indica uma direcionalidade com pontos comuns. Instituições acreditadas, certificadas ou premiadas têm maior facilidade em atingir, mais rapidamente do que outras, os padrões propostos pelos demais modelos."

FATORES DETERMINANTES

A liderança e o envolvimento da alta direção são considerados primordiais na escolha e no direcionamento dos modelos, mas nas palavras dos entrevistados "o processo de sensibilização é contínuo, quem faz a qualidade de fato não é a alta direção, são os demais escalões" e "o grande fator de sucesso foram as lideranças assumirem a responsabilidade" de atuarem conforme os preceitos dos programas.

Em dois hospitais evidenciou-se que a área de comunicação é bastante estratégica para a divulgação dos projetos institucionais, através de boletins, folders, site e em um deles houve a contratação de uma empresa de endomarketing.

A participação nos encontros dos Núcleos de Apoio à Gestão Hospitalar - NAGEH, grupos temáticos paralelos promovidos pelo CQH, foi citada como fator de atração para adoção do programa completo.

É fato que a implantação de modelos de qualidade organiza a instituição, incentiva a criação de novas estruturas. Entre as citadas, estão tanto algumas exigidas por lei, como comissões hospitalares obrigatórias, e outras como a organização da própria área de qualidade e da comunicação, gerência de risco, canais de comunicação com os clientes internos e externos, comitês de excelência, comitê editorial, grupo de protocolos, comitê de humanização e reuniões específicas para desenvolvimento e análise de indicadores.

Percebe-se que várias ferramentas da qualidade passaram a ser incorporadas, numa profusão de siglas. Essas ferramentas são úteis para a organização, planejamento e avaliação dos processos de trabalho em geral.

BENEFÍCIOS

Na visão dos gestores, são muitos os benefícios e melhorias propiciadas pela implantação dos modelos de qualidade, considerando clientes internos, clientes externos e estrutura física e tecnológica, conforme Quadro 2.

QUADRO 2: Benefícios e melhorias que a acreditação/certificação propiciou, considerando clientes internos, clientes externos e estrutura física e tecnológica, na visão dos gestores dos hospitais visitados – São Paulo – 2009

Hospital	BENEFÍCIOS E MELHORIAS PROPICIADAS PELA ACREDITAÇÃO/CERTIFICAÇÃO		
	Clientes Internos	Clientes externos	Estrutura física e tecnológica
A	Pesquisa de satisfação Canal Direto com diretoria: favorece o diálogo horizontalizado, sem intermediários, e a comunicação.	Avaliação de fornecedores Conforto para os pacientes Segurança para os pacientes.	Mudança de todas as recepções Mudança da planta adaptando às legislações, ex: barra de segurança nos banheiros; Fluxos do Ambulatório e do PS
B	Organiza a casa Organiza os processos, Diminuição do desperdício	Aumenta a segurança Controle de processos, Organização do serviço	A consequência desse processo é focar na melhoria da estrutura e tecnologia.

	Gera possibilidade de controles mais seguros Melhoria na condição de trabalho do profissional	Capacitação dos profissionais traz benefícios paciente	Não é necessário ter nada de ponta, mas o que se tem se cuida mais, mais manutenção, e mais cuidado das pessoas no manuseio de equipamentos.
C	Capacitação, desenvolvimento de mão de obra qualificada. Área de convivência para colaboradores Linha direta com a diretoria através da intranet.	Elevar o nível de segurança e qualidade da assistência prestada	Wireless, PACS, Prontuário eletrônico, Centro de custos por unidade de gestão ou de negócio, Gestão da infecção hospitalar: pias em todos os quartos, mudanças de fluxo. Ampliações e reformas de áreas físicas (PS, áreas de internação, etc)

Fonte: Entrevista com gestores dos três hospitais visitados - Janeiro/2010

Os três gestores referem que os hospitais investem na melhoria do atendimento ao cliente através de estratégias semelhantes: Serviços de Atendimento ao Cliente - SAC, corpo de voluntariado, treinamentos para colaboradores da recepção, enfermagem, pessoal administrativo e corpo clínico, call center para agendamentos de consultas, pesquisas de satisfação para pautar ações de melhoria. Outro gestor refere que detecta necessidades de treinamento para aprimoramento dos colaboradores através da avaliação de desempenho e a partir das não conformidades percebidas nas auditorias internas, fornecendo base para o setor de Desenvolvimento de Recursos Humanos formularem os treinamentos, sendo fundamental o alinhamento dessa outra área estratégica com as formulações da qualidade.

Quanto às estratégias utilizadas para melhoria dos processos assistenciais, administrativos e de apoio, citam que a participação de todos os setores envolvidos em workshops e no planejamento estratégico garante a validação e a implementação das diretrizes institucionais. Trabalhar com a liderança, no sentido de desenvolvê-la, a fim de que os líderes multipliquem os planos de ação com suas equipes também é comum.

Além dessas, a importância de adotar a Gestão por Processos, definindo o produto de cada um, quem é cliente e quem é fornecedor em cada atividade evidenciou-se nos três casos, exemplificada por um dos gestores: "Fizemos a "trilha do paciente" para todos os processos, através de entrevistas, avaliação documental e observação. Isso trouxe grandes mudanças".

Os gestores foram unânimes ao responderem que todas as áreas da organização estão envolvidas no processo de implantação de estratégias visando à melhoria da qualidade, estimando que todos ou quase todos os funcionários do hospital abarquem seus conceitos. Há ressalvas citadas em um caso quanto aos funcionários terceirizados e nos dois outros quanto aos médicos, considerados "mais difíceis". Nas palavras de um dos entrevistados: "os médicos são os mais difíceis de aderir, mas quando percebem os benefícios, aderem e fazem bem feito. São os últimos a aderir, mas quando aderem são os entusiastas da qualidade". "Atualmente áreas administrativas fazem gestão com as mesmas ferramentas usadas pela área assistencial. Áreas mais frágeis foram sendo puxadas - escolha da ONA ajudou a trazer todas as áreas para a excelência."

Sobre os profissionais mais envolvidos, há ênfase da enfermagem, seguida dos demais profissionais da assistência, exceto os médicos em dois casos como já citado, e dos administrativos.

DIFICULDADES

No Quadro 3 são listadas as principais dificuldades no processo de implantação:

QUADRO 3 - Principais dificuldades do processo de implantação dos modelos de qualidade nos hospitais pesquisados – São Paulo – 2010

Hospital	DIFICULDADES
A	Qualidade dá a falsa impressão que tem muito trabalho, que tem mais problemas a resolver, mais coisas para fazer, mas na verdade na hora de fazer dá satisfação, compensa, tem que apagar menos incêndio, pois está tudo mais organizado.
B	Adaptar-se aos detalhes da estrutura / Gastos / Dificuldade econômica = fator limitante / Mais trabalho para as equipes / Terceirização da manutenção, com limitação do contrato / Dimensionamento das equipes, por ser hospital público não pode crescer além do previsto no orçamento
C	Envolvimento do corpo clínico, difícil vir em cursos, comparecer aos treinamentos / Dificuldade na manutenção das certificações / Tudo é custoso, precisa ter verba

Fonte: Entrevista com gestores dos três hospitais visitados – Janeiro/2010

IMPORTÂNCIA DOS MODELOS DE QUALIDADE E PERSPECTIVAS

Na opinião dos gestores, a importância de um hospital desenvolver um sistema de qualidade, está expressa nas seguintes declarações de cada um deles:

--- "Quem de fato acredita que o cliente tem o direito ao melhor atendimento, pensa em desenvolver um sistema da Qualidade, também no SUS. Garantir atendimento digno e de segurança. Qualidade é fundamental para o aprimoramento de processos e garantia para a segurança do paciente. "

--- "Reconhecimento, mas trazem também obrigações, responsabilidade de não cometer equívocos: cobrança dos profissionais e da população para não haver problemas na assistência, cobrança baseada na missão, visão e valores. Destaca o hospital, a vontade de trabalhar no serviço. "

--- "Melhorar o modelo de gestão através dessas certificações. Seria pouco provável que se chegasse aos mesmos resultados sem esses sistemas de qualidade, sem ser excelente no meu negócio. Com esses sistemas, todos os esforços estão focados em custos, resolutividade e qualidade. Certificação vai além de pendurar o quadro na parede, conduz de forma organizada".

As opiniões dos gestores entrevistados quanto às perspectivas sobre certificação de Qualidade para hospitais públicos e privados no Brasil, e se consideram ser essa uma exigência de mercado atualmente, expressam-se abaixo:

--- "Em outros países, há uma tendência forte de que programas de Qualidade seja uma exigência, em alguns se tornaram obrigatórios. A própria estrutura pública já se define assim em alguns países como França, que tem uma estrutura central de auditoria. Mas no Brasil, o sistema de adesão voluntária é melhor. Ter certificações de qualidade dá mais visibilidade, facilidades em negociar, abre portas, traz convites, espaços de troca de experiências, mas o mais importante é o impacto interno."

--- "Ainda não é uma exigência, mas está evoluindo para tal. Acaba sendo uma exigência, um modismo que traz resultados, todos tem que se envolver, pelo menos para entender como funciona. Estamos vivendo um momento diferente, mesmo sendo funcionário público, as pessoas, os serviços, estão se movimentando, quem não se preocupa com a gestão da qualidade não consegue sobreviver. Antes, serviço de qualidade era o privado, hoje em dia nem tanto. Deixamos de ter a impessoalidade, com o SUS voltado também para o lado humano, do acolhimento. Há cobrança da população e dos gestores por um serviço de qualidade, que por outro lado gera um problema, pois traz custos."

--- "As instituições vão ter que buscar qualidade e segurança, segundo o princípio que escolherem, não importa qual. Vamos ter que alinhar tudo isso com custos, oferecer mais e gastar menos, mas como? Como chegar a um equilíbrio, já que tudo tem um custo? Parece contraditório, mas não é, já que por outro lado, o

gerenciamento de risco reduz custo, evita danos. Certificações são um diferencial, é uma exigência de mercado mais no setor privado, e as OSS concorrem hoje com hospitais privados. Os hospitais públicos também vêm sendo estimulados, pois o mercado acaba exigindo.”

CONCLUSÕES

Porque há clientes insatisfeitos....

Porque é necessário prestar serviços melhores e mais baratos...

Porque a concorrência é cada vez maior...

Porque existe uma incessante mudança de necessidades por novos serviços...

Qual desses porquês move o mercado de certificações de qualidade? Algum deles seria mais importante ou mais determinante que outro?

Na visão dos gestores entrevistados nos três hospitais visitados, um pouco de cada um desses porquês está associado à motivação de se empenhar no trabalho árduo que é obter e manter as certificações de qualidade. Em última análise, o direito do paciente a uma assistência à saúde com qualidade, justifica qualquer esforço para obtê-la.

Como conclusões temos:

As certificações em geral, utilizadas como ferramenta de gestão da qualidade podem ser utilizadas como metodologia e forma de proteção pública dos cidadãos, no sentido de colaborar para melhores cuidados de saúde.

A manutenção das práticas de excelência exige constante renovação. Os serviços que tem buscado práticas para atender os requisitos do mercado e satisfação do cliente e produzir resultados excelentes, mantidos ao longo do tempo, devem ser considerados visionários na busca da sustentabilidade e perenidade.

Os modelos de qualidade são complementares, nenhum deles responde a todos as complexas questões de uma organização hospitalar. Optar por um ou outro modelo ou mesmo mesclá-los dá o tom a cada instituição, que deve moldar esses modelos à realidade local, e não o contrário. Mais do que isso é a fundamental para o sucesso da aplicação desses modelos a disposição para seguir o caminho da qualidade e todas as mudanças que isso implica e isso só é possível com o real envolvimento das pessoas, precedido pelo real envolvimento da alta direção.

As instituições que têm suas práticas de gestão validadas por uma metodologia de acreditação obtêm um reconhecimento maior, mais visibilidade.

A perspectiva que o futuro será das organizações com algum tipo de certificação proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência da excelência, confere mais valor a todo o esforço de se alcançar essas titulações.

Percebe-se que treinamentos que são exaustivamente oferecidos costumam focar aspectos mais racionais, sem dar voz ao sentir e ao pensar para gerar o agir, para que os colaboradores sintam-se de fato como parte comprometida com o processo.

“Qualidade não é um processo passivo de cima para baixo, mas sim uma dinâmica, ininterrupta e exaustiva atividade de permanente identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, os quais precisam ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com grande participação, desde a mais alta direção do hospital, até seus colaboradores mais básicos” 9.

Não existe diferenciação metodológica na implantação da acreditação para o setor público e privado. Mas, se os hospitais privados podem em certos casos até utilizar a acreditação como forma de atrair mais clientela ou de obter remuneração diferenciada baseada nos benefícios do padrão de excelência, entre outras vantagens, os públicos por vezes seguem outra lógica. Nos públicos, o hospital também ganha visibilidade, mas tem como ganho secundário a sedimentação do papel do Estado, ou mesmo do SUS. O sucesso de um hospital público mostra à população a sedimentação de um modelo de gestão o que pode levar também ao uso político dessas conquistas, como vitrine do governo.

A capacitação do gestor na compreensão dos processos gerenciais, no aprimoramento das práticas e procedimentos, na melhoria das informações e comunicação interna e todas as partes interessadas, na compreensão do SUS quando se tratar principalmente, mas não apenas de hospital público é fundamental para ampliar a visão deste quanto ao alcance de tais iniciativas.

Referências

1. Donabedian A. The definition of Quality and approaches to its assessment: explorations in Quality assessment and monitoring, vol I. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980. apud Bonato, VL. Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. ONA. Brasília (DF); 2006.
3. Programa Compromisso com a qualidade hospitalar CQH. Disponível em <http://www.cqh.org.br/> (03 Set. 2009)
4. Joint Commission International. JCI. [online]. Organizações acreditadas. Disponível em <http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/#Brazil> (03 Set. 2009)
5. Canadian Council on Health Services Accreditation. CCH-SA. [online] Disponível em <http://www.accreditation.ca/uploadedFiles/International%20Accredited%20Organizations%20EN-FR.pdf> (05 Set. 2009)
6. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA. Caderno programa nacional de avaliação de serviços de saúde PNASS. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/PNASS.pdf> (25 Nov. 2009)
7. Programa Compromisso com a qualidade hospitalar. Prêmio Nacional de Gestão em Saúde [online]. Disponível em <http://www.cqh.org.br/pngs/> (25 Nov. 2009)
8. Schiesari LMC. Resultado de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003
9. Bonato VL. Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP; 2003.

Qualidade e Segurança

P_133_2011 - Comparação de Dosagens de Nível Sérico de Vancomicina Referência e Similar

Eloni Terezinha Rotta, Simone Dalla Pozz Mahmud, Jesiel Ballerini, Maria Angélica Pires Ferreira, Guilherme Becker Sander, Leticia Toss, Leila Beltrami Moreira, Jacqueline Kohut Martinbiancho, Thalita Silva Jacoby, Caroline Zandoni Cardoso

Resumo: A vancomicina é um antibiótico glicopeptídeo utilizado no tratamento de infecções graves causadas por germes gram positivos. Seu uso está associado com efeitos adversos como nefrotoxicidade e ototoxicidade além dos relacionados com a infusão. Estudos demonstram que o uso de vancomicina deve ser seguido de extensa monitorização, incluindo, além dos níveis séricos, ajustes de doses em relação à função renal e parâmetros farmacocinéticos. Na prática clínica, podemos observar que existe uma grande variabilidade nas formas com que a vancomicina é prescrita e monitorizada. O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis séricos de pacientes que usaram vancomicina produzidas por laboratório de referência e dos pacientes que usaram vancomicina produzida por outros laboratórios farmacêuticos, no período de um mês.

Palavras-chave: vancomicina; nível sérico; monitorização

Introdução

A vancomicina é um antibiótico glicopeptídeo amplamente utilizado no tratamento de *Staphylococcus aureus* produtores de penicilinase e em infecções sérias envolvendo *Staphylococcus aureus* metilicilino resistentes (MRSA).^{1,2}

O uso de vancomicina está associado com um número significativo de eventos adversos relacionados com a infusão, nefrotoxicidade e possível ototoxicidade.²

Por estes motivos, e devido à grande variabilidade interindividual nos parâmetros farmacocinéticos, a vancomicina tem sido um dos antimicrobianos mais estudados e monitorados ao longo dos anos.¹

Estudos demonstram que o uso de vancomicina deve ser seguido de extensa monitorização, incluindo ajustes de doses em relação à função renal e aos parâmetros farmacocinéticos dos pacientes envolvidos. A monitorização pelo nível sérico tem sido alvo de muitos debates e avaliações.² Incluindo também as diferentes marcas de vancomicina produzidas por diferentes laboratórios farmacêuticos.

Os parâmetros farmacocinéticos e farmacodinâmicos propostos para a monitorização são o tempo em que as concentrações de vancomicina permanecem acima da concentração inibitória mínima (MIC), a área sob a curva da concentração verso o tempo e o nível máximo da concentração da droga (C_{máx}) e o MIC.²

Na prática clínica, podemos observar que existe uma grande variabilidade nas formas com que a vancomicina é prescrita e monitorizada.

Dados recentes demonstram que para alcançar uma ótima penetração tecidual, devemos manter as concentrações plasmáticas de vancomicina entre 5 a 20 mcg/mL.¹

A literatura convencional refere, a nível de monitoramento, como valor de referência níveis séricos de vancomicina, no vale, entre 5 e 10mcg/mL e 20 a 40mcg/mL no pico.^{3,4}

Os esquemas convencionais de doses de vancomicina em pediatria recomendam 40mg/Kg/dia em doses divididas. Porém, estudos demonstram que são necessárias doses maiores para alcançar níveis terapêuticos efetivos neste grupo.^{4,5,6} Atualmente as doses iniciais sugeridas ficam em torno de 60mg/Kg/dia.^{5,6} Assim como as doses para pacientes oncológicos pediátricos.⁴

Para adulto, as sociedades de infectologia recomendam doses de medicação baseado no peso (ao redor de 15mg/Kg/dia) porém, na prática tem se adotado usar dose "padrão" de 1g de 12 em 12 horas para a maioria dos pacientes. Com prejuízo dos pacientes obesos e levando a concentrações subterapêuticas da droga e potencial piora do desfecho clínico dos pacientes.² E em pacientes críticos com infecções complicadas como bacteremia, endocardite, osteomielite, meningite e pneumonia hospitalar causadas por *Staphylococcus aureus*, recomendam-se manter os níveis séricos entre 15 e 20mg/mL para melhor penetração e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes.²

A área sob a curva de concentração verso o tempo (AUC) dividida pela concentração inibitória mínima (MIC) ou AUC/MIC é o que melhor parâmetro farmacocinético para prever os resultados de tratamentos com vancomicina em adultos para infecções invasivas por MRSA, e valores de AUC/MIC de 400 para a vancomicina estão associados com resultados ótimos no tratamento de adultos.⁶ Outras pesquisas concluem que doses de vancomicina de 500mg a cada 6 horas ou 1g a cada 12h produz valores de AUC/MIC de 100-250 e sugerem que valores ao redor de 500 podem aumentar a efetividade terapêutica de vancomicina.²

Para a monitorização pelo nível sérico, a vancomicina deve ser sempre dosada antes da próxima dose (vale) e não após a dose (pico), pois a concentração no período de vale é o método mais prático e acurado para monitorar a eficácia. A primeira dose a ser analisada deve ser após a estabilização das concentrações séricas, ou seja, após a quarta dose da medicação.

Justificativa

Nos últimos meses, temos vivenciado um aumento no número de queixas dos prescritores de vancomicina em relação à dificuldade de alcançar os níveis séricos adequados, principalmente em crianças de UTI, utilizando doses usuais. Sendo, o argumento principal destas queixas, o uso de vancomicina não produzidas pelo laboratório de referência (vancomicina similar).

Objetivo

O objetivo deste estudo foi avaliar os níveis séricos de pacientes que usaram vancomicina produzidas por laboratório de referência (vancomicina referência) e os níveis séricos dos pacientes que usaram vancomicina produzida por outros laboratórios farmacêuticos (vancomicina similar), no período de um mês.

Método

Foi considerada na análise, a dose utilizada, o tempo de coleta da amostra de sangue para doseamento e horário da última dose de vancomicina utilizada por paciente. Os valores de referência dos níveis séricos considerados na análise foram de 5 a 10 mcg/mL para o vale. Também foi verificado o número de doses já utilizadas pelo paciente antes da primeira coleta do nível sérico para avaliar se os níveis de vancomicina já se encontravam em nível estável no sangue, que em média ocorrem após a quarta dose.

Resultados

Pacientes que receberam vancomicina similar:

- Pacientes adultos das unidades não críticas (n = 55) - Os níveis séricos encontrados estavam dentro dos valores de referência para o vale (tabela1). Com exceção de 01 paciente da neurocirurgia em que os níveis séricos estavam alterados (acima ou abaixo dos valores de referência)(tabela1). As doses utilizadas na maioria eram as usuais (1g 12/12).

Pacientes que utilizaram vancomicina referência:

- Pacientes das unidades de tratamento intensivo adulto (n=13) – Os níveis séricos encontrados estavam na maioria acima dos valores de referência (entre 8,8 e 49,1mcg/mL) (tabela 1); porém, as doses usadas da maioria dos pacientes eram doses altas ou a dose máxima diária de vancomicina (1,5g 12/12). Estes valores de nível sérico de vancomicina são almejados para pacientes críticos.²

-Pacientes das unidades pediátricas - Pediatria (n= 7), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (n=3) e Oncologia Pediátrica (n= 5) - Os valores dos níveis séricos encontrados estavam dentro da faixa de referência quando eram utilizadas doses de 50 a 60mg/Kg/dia. Doses mais baixas de vancomicina (40mg/Kg/dia) normalmente resultaram em níveis séricos abaixo dos valores de referência. Doses de Vancomicina acima de 70mg/Kg/dia, geralmente elevaram rapidamente e alteraram os níveis séricos acima dos valores de referência (tabela1).

Comentários

Nos pacientes pediátricos, os níveis séricos de vancomicina tanto dos pacientes que utilizaram vancomicina similar quanto de referência, demonstrou estar de acordo com os valores de referência considerados normais para o vale (5 a 10mcg/mL), quando utilizadas doses sugeridas atualmente na literatura (50 a 60mg/Kg/dia).

Os níveis séricos de vancomicina nos pacientes adultos, também não apresentaram diferenças entre os grupos similares e referência.

O número de análises de nível sérico variou entre os pacientes, pois eram solicitados quando os médicos julgavam necessários ou após um resultado alterado.

Tabela 1. Resumo das amostras analisadas de vancomicina

Tipos de Vancomicina	Unidades /tipo de Paciente	Nº de pacientes	Nº de análises	Intervalo dos Níveis séricos mcg/mL	Doses usuais prescritas
Similar	Geral	55	89	4,9 a 138,5	1,0g 12/12
Similar	Neuro-Cirurgia	1	4	1,4 a 167,1	1,0 a 1,5g -12/12
Referência	CTI Adulto	13	24	8,8 a 49,1	1,5g - 6/6
Referência	UTIPed	3	18	5,5 a 85,7	40 a 75mg/Kg/dia
Referência	Pediatria	7	11	2,7 a 19,7	40 a 60mg/Kg/dia
Referência	Onco Ped	6	11	3,3 a 22,9	40 a 60mg/Kg/dia

Conclusão

Com base nos resultados encontrados, não houve diferença nos níveis séricos dos pacientes que utilizaram vancomicina similar e os que receberam vancomicina referência.

Doses abaixo das sugeridas na literatura, produzem geralmente níveis inadequados de vancomicina, mesmo utilizando vancomicina referência.

Além dos valores dos níveis séricos da vancomicina, o ajuste da dose pela função renal e pelos parâmetros farmacocinéticos é necessário para um monitoramento adequado do uso.

Como ações de melhoria, estes dados foram apresentados aos médicos das unidades fechadas, especialmente das Unidades Pediátricas, para que se reavalie a dose padrão utilizada em pediatria no HCPA.

Benefícios esperados: como o menor tempo até se atingir os níveis séricos eficazes é fator associado à redução de mortalidade (referências: pneumonia e meningite) espera-se uma redução na morbimortalidade, tempo de internação e custos assistenciais com a implementação destas medidas.

Referências

- Zylbersztajn B L, et al – Arch Argent Pediatr 2008; 106(1): 26-31 – Monitoreo terapéutico de vancomicina en una terapia intensiva pediátrica.
- Rybak M, et al –Am J Health-Syste Pharm. 2009; 66:82-98 – Therapeutic monitoring of vancomycin in adult patients: A consensus review of the American Society of Health-System Pharmacists, the infectious Diseases Society of America, and the Society of Infectious Disease Pharmacists.
- Lacy, Charles F. et al. Drug Information Handbook – 18. ed - Lexi-Comp 2010. 2015p.
- Taketomo Carol K. et al. Pediatric Dosage Handbook – 16. ed - Lexi-Comp 2009. 1755p.
- Glover M, et al – Vancomycin dosage, requirements among, pediatric intensive care unit patients with normal renal function. J Crit Care 2000; 15(1):1-4.
- DI Kim, et al. Therapeutic monitoring of vancomycin according to initial dosing regimen. Korean J Pediatr 2010; 53(12): 1000-1005.

INDICADORES ASSISTENCIAIS

P_135_2011 - Rede Hospitalar Colhe Indicadores Gerenciais e Pratica Benchmarking em suas Quarenta Unidades

Claude Machline, Antonio Celso Pasquini

Resumo: Este artigo mostra que hospitais têm condições de usar – e efetivamente usam – ferramentas modernas de gestão: coleta de indicadores gerenciais e benchmarking. Mais que outros setores, hospitais podem se valer de parâmetros e referenciais de excelência, comparar-se em similares e adotar as melhores práticas. Este trabalho apresenta o caso de uma rede de 40 hospitais privados nacionais que coletam mensalmente 352 dados e indicadores, submetidos a comparações, debates gerenciais e procura de melhorias. Os hospitais nacionais poderiam adotar este salutar hábito de colher indicadores, analisá-los a fundo e procurar alçar-se à altura dos campeões.

Palavras-chave: indicadores hospitalares, gestão hospitalar, parâmetros, benchmarking

INTRODUÇÃO

OBJETIVOS

Os objetivos do presente artigo são: relatar o caso de um grupo hospitalar nacional que administra 40 hospitais em oito diferentes estados, valendo-se de 352 dados e indicadores gerenciais e da prática sistemática de benchmarking, isto é, da procura de referenciais de excelência; mostrar que, ao contrário de opinião corrente, o setor hospitalar – como, aliás numerosos outros serviços, desde hotéis, transportadoras, redes de lojas até faculdades, têm todas as condições de usar indicadores e comparar seu desempenho com o de empresas similares, a fim de adotar as melhores práticas; e, finalmente, recomendar a adoção dessas técnicas pelos sete mil hospitais nacionais.

JUSTIFICATIVA. ANTECEDENTES. INDICADORES GERENCIAIS

A importância do presente trabalho deve-se à relevância do tema de indicadores. Um indicador gerencial, na empresa, é uma informação significativa para a condução do negócio e a tomada de decisão, nos níveis estratégico, administrativo ou operacional. Um sinônimo é métrica.

Contrasta-se indicador com dado na base da relevância da informação. Dados são muito relevantes também, mas um dado isolado, fora do contexto, não será útil. Exemplificando, se, num hospital de 200 leitos e tempo médio de permanência de 5 dias, o número de internações em determinado mês cair para 600, esse dado em si não tem significância. Mas se o diretor clínico se lembrar que, em geral, o número mensal de internações é 960, o dado 600 passa a ter um significado crucial, porque equivale a um indicador. No entanto, usando o indicador apropriado, a taxa de ocupação, a mensagem é clara: a taxa de ocupação caiu de 80% para 50%, o que requer imediatas providências.

Na área hospitalar, indicadores são de há muitas décadas consagrados. Por exemplo, a taxa de ocupação é um indicador tradicional da maior relevância. É a relação entre dois dados, caso de muitos indicadores gerenciais. É expresso em percentagem (GONÇALVES, 1989, 2006).

$$\text{Taxa de ocupação no dia} = \frac{\text{Número de leitos ocupados no dia}}{\text{Número de leitos disponíveis no dia}}$$

Muitos indicadores gerenciais são médias de dados. Assim, por exemplo, o tempo médio de permanência no hospital de pacientes internados é a média aritmética simples do tempo de permanência de pacientes internados (BRASIL, 1983).

Um indicador acompanhado de perto pelos gestores hospitalares é o número de funcionários por leito. Por conta dos diversos regimes de trabalho em vigor (20 horas, 30 horas, 36 horas, 40 horas semanais) e dos numerosos serviços hospitalares que não implicam simples internação, tais como consultas ambulatoriais, pronto atendimento, pronto socorro, hospital-dia, home care, hemodiálise, exame de laboratório, implante, transplante, é necessário substituir esse indicador pelo muito mais revelador número de funcionários equivalentes (a 40 horas semanais) por leito ocupado ajustado, isto é, levando-se em conta todos os serviços mencionados acima. (MACHLINE e PICCHIAI, 2009).

Outros indicadores significativos são: faturamento por funcionário, lucro por funcionário, ativos fixos por funcionário, número de cirurgias realizadas por dia útil por sala cirúrgica, percentagem de tempo em que o sistema está funcionando (uptime) e não está no ar (downtime).

A American Hospital Association – AHA chegou a publicar, nos seus relatórios cobrindo o desempenho de 3 mil hospitais norte-americanos, cerca de 750 indicadores (AHA, Hospital Administrative Services, HAS, Chicago, Ill, 1979; Hospital Statistics, Chicago, Ill, 2005).

Os indicadores gerenciais podem ser classificados, na área hospitalar, da seguinte forma, como um todo e para clínica ou setor:

- Indicadores gerais:
 - . Taxa de ocupação
 - . Tempo médio de permanência
- Indicadores de qualidade (SCHIESARI, 2006):
 - . Percentagem de reclamações
 - . Taxa de mortalidade institucional
 - . Taxa de infecção hospitalar institucional
 - . Taxa de cirurgias canceladas
 - . Taxa de cesáreas
- Indicadores de produtividade:
 - . Número de funcionários equivalentes por leito ocupado ajustado
 - . Número de consultas por médico por hora
 - . Número de unidades produzidas por dia ou hora por funcionário
- Indicadores de Suprimento e Estoques
 - . Cobertura de estoque para cada item (número de dias de consumo mantidos em estoque)
 - . Aderência entre estoque físico no inventário e estoque constando no sistema
 - . Percentagem de faltas no estoque
 - . Percentagem de entregas atrasadas, por fornecedor
- Indicadores de recursos humanos: (PICCHIAI, 2009)
 - . Rotatividade dos funcionários
 - . Índice de absenteísmo
 - . Índices de acidentes no trabalho
 - . Índices de doenças profissionais
- Índices contábeis-financeiros:
 - . Índices de liquidez
 - . Taxa de endividamento
 - . Lucro sobre patrimônio líquido (rentabilidade)
 - . Lucro sobre faturamento (lucratividade)
 - . Faturamento por funcionário
 - . Lucro por funcionário
- Custos
 - . Preço de insumo por unidade
 - . Custo de diária
 - . Custo de refeição
- . Custo de procedimento

Hospitais e outros serviços possuem melhores condições para colher indicadores gerenciais do que indústrias. Existem milhares de hospitais no Brasil. Embora haja diferenças entre eles, eles apresentam muitas características semelhantes, o que permite compará-los, respeitadas as diferenças, de porte, localização, idade, especialização, complexidade, jurisdição, patrocínio. Indústrias, mesmo as do mesmo segmento, diferem muito mais entre si do que hospitais. A competição entre fábricas é mais intensa do que a existente entre hospitais, o que dificulta a criação de grupos de benchmarking no setor industrial. Nos hospitais é prática normativa levantar mensalmente dados e calcular indicadores relativos ao atendimento e à qualidade dos serviços prestados. Em todo hospital existe um setor que efetua esses cálculos, o SAME – Serviço de Arquivo Médico e de Estatística (BRASIL, 1983; CARVALHO, 1977; MEZZOMO, 1972,).

Uma estatística hospitalar é um dado ou um indicador, resultando de contagem, compilação ou cálculo, relativos a atividades do estabelecimento. Assim, o número de pacientes internados (censo diário) é um dado.

A taxa de ocupação é indicador. Ambos são estatísticas hospitalares.

Um parâmetro é o valor que se deseja alcançar para um indicador, por exemplo, 80% para a taxa de ocupação dos leitos disponíveis, ou para a taxa de utilização de um equipamento. Considera-se impossível alcançar mais de 80%, por causa de procedimentos de limpeza, manutenção, imperfeições e imprevistos. Os parâmetros são estabelecidos de acordo com a prática acumulada, resultados históricos, consenso, lógica, levantamentos, médias de similares, considerações teóricas, normas de associações técnicas, ou normas legais.

O benchmark, ou seja, o referencial de excelência, é, em geral, tomado como o indicador obtido pelo campeão do setor, pela empresa mais representativa, ou pelo principal concorrente. Um grupo de benchmarking é um conjunto de empresas do mesmo ramo que troca regularmente informações dos seus indicadores para elevar seus desempenhos. Benchmarking interno refere-se ao benchmarking praticado entre empresas do mesmo grupo empresarial. Benchmarking competitivo é aquele praticado entre empresas competidoras. (CAMP, 1993; SPENDOLIM, 1993).

Termo criado por R.S. Kaplan e D.P. Norton (1993; 2000) o *balanced scorecard* é o conjunto de indicadores essenciais que a cúpula da empresa deve acompanhar regularmente para prevenir qualquer deterioração do desempenho e observar sinais de melhoria. Tem sido comparado ao painel de controle de um veículo (*tableau de bord*, diz-se na França, ou *cockpit*, nos EUA). A atividade também tem sido chamada de *Business Intelligence*.

Quanto e quais seriam os indicadores compondo o *balanced scorecard* da diretoria de um hospital? Não se pode exigir de um gestor a habilidade de um piloto de aeronave comercial ou de combate que, em vôo rotineiro, teriam que controlar simultaneamente mais de uma centena de informações. No conjunto de várias centenas de indicadores mensais que o sistema deve ser capaz de produzir num hospital, não mais de trinta devem receber destaque e merecer toda a análise por parte dos diretores e/ou dos conselheiros. O destaque poderia ser fornecido por meio de gráficos, mostrando a evolução temporal de indicador durante alguns anos. Tratando-se de um painel “balanceado”, sugere-se que seja composto por cinco indicadores gerenciais de qualidade; cinco de logística e de produção; cinco de produtividade; cinco de recursos humanos; cinco de custos; e cinco de índices contábeis-financeiros.

Posto que o maior interesse pelo cálculo de indicadores, nas empresas, provém da área de controladoria, é natural que a ênfase dos 750 indicadores calculados pela AHA (1979) fosse de natureza contábil-financeira, com destaque nos custos.

Por sua vez, os dados e indicadores sugeridos pelo Ministério da Saúde são de natureza operacional e de atendimento, com enfoque em qualidade (BRASIL, 1983); ESCRIVÃO JR., 2004).

Outras entidades nacionais que colhem e publicam indicadores de hospitais associados são as seguintes:

- o PROAHSA, Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, resultante de um acordo entre a EAESP-FGV e o HCFMUSP publica boletins trimestrais contendo algumas dezenas de informações e indicadores relativos a números de hospitais e de leitos, seus perfis, número de funcionários, taxa de ocupação, algumas taxas de morbidade e custos (PROAHSA 2010).

- o CQH, Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo. Divulga periodicamente indicadores relativos a mais de uma centena de hospitais, sobretudo paulistas (CQH, 1996; BURMESTER, 1993).

- a ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados, que congrega cerca de 50 hospitais de primeira linha e publica, desde 2005, algumas dezenas de indicadores relevantes (ANAHP, 2010).

METODOLOGIA DA PESQUISA

O artigo relata o fato de existir uma rede de hospitais nacionais cujos diretores se reúnem regularmente em volta dos seus indicadores gerenciais. O artigo descreve o sistema empregado no grupo para gerir por meio de indicadores.

A fim de proporcionar a essa atividade medular o merecido destaque, o artigo, além de testemunhar os fatos, esclarece as definições e os significados dos termos como: dado, indicador, estatística hospitalar, parâmetro e referencial de excelência (*benchmark*), ainda objetos de desconhecimento e dúvidas.

Os resultados da pesquisa, reportados a seguir, são constituídos pela própria exposição dos procedimentos usados por esta rede hospitalar para monitorar seu desempenho por meio de indicadores.

RESULTADOS

Fundada em 1960, a rede objeto do presente estudo opera 40 hospitais em oito estados do País, nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul. Cada região tem um diretor encarregado das unidades locais, que possuem três a quatro diretores cada. Um diretor nacional é responsável pelo conjunto dos estabelecimentos.

Alguns desses hospitais, de alta complexidade, atendem a convênios particulares, possuem nível 3 de acreditação hospitalar (nível de excelência) da ONA – Organização Nacional de Acreditação e pertencem à ANAHP. A maioria dos 40 hospitais são Santas Casas de Beneficência ou similares. Atendem a pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde. Os preços pagos por esse convênio público aos hospitais pelos serviços prestados não lhes permitem equilibrar seus orçamentos. Recebem apoio financeiro dos hospitais superavitários da rede. A instituição ainda administra em São Paulo três hospitais estaduais, a pedido do Governo, que reconhece sua competência na gestão hospitalar.

Cada hospital preenche mensalmente extenso relatório gerencial contendo 352 dados e indicadores, incluindo-se nessa contagem subtotais e totais. A Figura 1 reproduz uma das 11 páginas do relatório.

Quase todo os hospitais do grupo dispõem de um sistema integrado de informações, um ERP – Enterprise Resource Planning – construído especificamente para hospitais, sistema esse dotado de um módulo que proporciona o cálculo dos indicadores gerenciais solicitados (PASQUINI, 1997).

Encerrado o mês, cada hospital fornece ao diretor regional sem relatório mensal, o qual é reproduzido num formato colunar, que permite o cotejo com o relatório dos congêneres. Os diretores dos hospitais da região reúnem-se até o dia 10 para examinar e comentar os resultados regionais. Os resultados da região são consolidados num relatório gerencial, que é levado à reunião nacional, à qual comparecem os quatro diretores regionais e o diretor geral. O processo de análise e comparação entre unidades é repetido.

O processo de benchmarking interno serve apenas, evidentemente, para comparar um hospital com o melhor do grupo, não com o melhor do país. É de se ressaltar também que a escolha judiciosa dos indicadores é indispensável para se poder efetuar diagnóstico correto dos problemas e formular recomendações para solucioná-los.

O Relatório de atividades mensal preenchido por cada unidade hospitalar da rede é composto de:

- 84 dados operacionais, tipo “número de leitos”
- 70 indicadores operacionais de atendimento, tipo “giro do leito”
- 167 dados econômicos e financeiros, tipo “contas a receber”
- 31 indicadores contábeis-financeiros, tipo “índice de liquidez corrente”
- 352 informações totais

Numa pesquisa informal conduzida junto a funcionários graduados da rede, prevalecia a opinião que o relatório deveria conter maior número de indicadores, em substituição a dados. Assim, por exemplo, em vez de “quilos mensais de roupa lavada” o indicador “quilos de roupa lavada por paciente-dia ajustado” seria mais revelador.

Figura 1 - Página 8 do Relatório Gerencial de Atividades

DEPARTAMENTO: MÊS:		PREVISTOS REALIZADOS
8.2. RECURSOS HUMANOS		
8.2.1.	Porcentagem de Pessoal na Administração	20%
8.2.2.	Porcentagem de Pessoal na Enfermagem	55%
8.2.3.	Porcentagem de Pessoal no S.A.D.T.	05%
8.2.4.	Porcentagem de Pessoal no Apoio	20%
8.2.5.	Coefficiente de Funcionários p/Leito Ocupado	-
8.2.6.	Índice de Rotatividade do Pessoal	2,0
8.2.7.	Total de Pessoal – Serviços Terceirizados	-
8.2.8.	Outros não Empregados (Especificar)	-
8.3. ECONÔMICOS		
8.3.1.	Margem Líquida de Resultado Total	10% RT + Infl
8.3.2.	Margem Líquida de Resul. Op. – Antes da Deprec.	8% RO + Infl.
8.3.3.	Margem Líquida de Resultado Op – Depois da Deprec.	7% RO + Infl.
8.3.4.	Porc. de Encargos RH/Receita Operacional	35%
8.3.5.	Média Salário Base	-
8.3.6.	Média Salário Bruto	-
8.3.7.	Média de Salários com Encargos Sociais -	-
8.3.8.	Evolução Percentual das Receitas Operacionais	> Infl
8.3.9.	Evolução Percentual das Despesas Operacionais	< Infl
8.3.10.	Margem de Comerc. de Mat/Med Reemb	60%
8.3.11.	Total Geral de Compras	-
8.3.12.	Total de Compras – Central de Compras	-
8.3.13.	Estoque em Dias de Consumo – Mat/Med	30
8.3.14.	Índice de Débito a Fornecedores/Estoques	1,0
8.3.15.	Percentual do Total de Compras/Rec. Operacional	30
8.3.16.	Período Médio de Recebimentos	45 dias
8.3.17.	Período Médio de Pagamentos	30 dias
8.3.18.	Índice de Liquidez Imediata	0,5
8.3.19.	Índice de Liquidez Seca	1,0
8.3.20.	Índice de Liquidez Corrente	1,2
8.3.21.	Índice de Liquidez Geral	1,5
9. INFORMAÇÕES DE CUSTOS		
9.1.	Custo da Diária - Enfermaria	
9.2.	Custo do Paciente/Dia - Enfermaria	
9.3.	Custo do Almoço	
9.4.	Custo do Kg de Roupas Lavadas	
10. ADMINISTRATIVOS		
10.1.	Número de Refeições Servidas	
10.2.	Kg de Roupas Lavadas	
10.3.	Kg Prod. Utilizados Proces. Lavagem de Roupas	
10.4.	Gramas por Quilo de Roupas Lavadas	7
10.5.	Metros Cúbicos de Oxigênio Utilizados	
10.6.	Preço do M ³ de Oxigênio Gasoso	
10.7.	Preço do M ³ de Oxigênio Líquido	
10.8.	Preço do M ³ de Filme Radiológico Consumido	
10.9.	Preço do M ³ de Água	
10.10.	Quantidade de Água Consumida em M ³	
10.11.	Preço do KW/H de Energia Elétrica	
10.12.	Quantidade de KW/H consumida	

5. CONCLUSÃO

Relatou-se neste artigo o caso de um grupo privado de 40 hospitais, que se dedica assiduamente, há décadas, à análise dos seus indicadores de desempenho e desenvolvem um eficiente modelo de benchmarking interno, regional e nacional, isto é, de comparação entre suas unidades, à procura de um referencial de excelência inter pares. O objetivo deste processo sistemático é acompanhar, por meio de indicadores quantitativos, o desempenho dos hospitais em todas as frentes; e estimular os hospitais a progredir, mostrando-lhes o caminho da melhoria, que alguns deles já trilharam.

Todos os hospitais nacionais deveriam comprometer-se a utilizar essa introspecção por meio de indicadores e criar grupos de benchmarking, isto é, de terapia por grupos, à procura da excelência. Os hospitais públicos têm essa dívida para com o público brasileiro, que lhes paga as contas. Os hospitais particulares, com essa prática, beneficiariam em muito seu público de pacientes particulares e conveniados.

Referências

- AHA – AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, Hospital Administrative Services – HAS, Chicago, Ill., 1979
- AHA – AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, Hospital Statistics, Chicago, Ill., 1979
- ANAHP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, Boletim SINHA – SISTEMA INTEGRADO DE INDICADORES HOPITALARES, 2005-2010.
- BITTAR, Olímpio J.N.V., Hospital: Qualidade e Produtividade, São Paulo: SARVIER, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas da Saúde, Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde, Normas e Padrões de Construção e Instalação de Serviços de Saúde, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2ª ed., 1983.
- BURMESTER, H; DUARTE, I.G.; PACHECO, M.I.R., Sistema de Monitoração de Indicadores de Qualidade e Produtividade de Hospitais, Projeto BRA 93/11, São Paulo, 1993.
- CAMP, Robert C., Benchmarking: o Caminho da Qualidade Total, São Paulo: Pioneira, 1993
- CARVALHO, Lourdes de Freitas, Serviço de Arquivo Médico e Estatística de um Hospital, São Paulo; Universidade de São Paulo, 1973, 2ª ed., 1977.
- CQH – Controle de Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar, Manual de Orientação aos Hospitais Participantes, Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina, São Paulo: Atheneu 3ª ed., 2001.
- ESCRIVÃO JR., Álvaro, Uso de Indicadores de Saúde na Gestão de Hospitais Públicos na Região Metropolitana de São Paulo, Relatório de Pesquisa, GVPesquisa da FGV-EAESP, 2004
- GONÇALVES, Ernesto L., Coord., O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea, 2ª ed., São Paulo: Pioneira, 1989.
- GONÇALVES, Ernesto L., Coord., Gestão Hospitalar, Administrando o Hospital Moderno, São Paulo: Saraiva, 2006.

- KAPLAN, R.S., NORTON, D.P., "Putting the Balanced Scorecard to Work", Harvard Business Review, Sept-oct 1993.
- KAPLAN, R.S., NORTON, D.P., Organização orientada para a estratégia, Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- MACHLINE, Claude; PICCHIAI, Djair, Dois conceitos inovadores no dimensionamento de recursos humanos em hospitais e no seu cálculo de produtividade, QUALIHOSP-IX Congresso Internacional de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, 2009.
- MEZZOMO, Augusto A., Planejamento e Organização do Serviço de Prontoúrio do Paciente, São Paulo: SESC, 1972.
- PASQUINI, Antonio C., Sistema de Informações Gerenciais como Facilitador no Processo de Tomada de Decisão no Hospital São Camilo – SP, dissertação de Mestrado em Administração com área de concentração em Gestão Organizacional de Instituição Hospitalar e da Saúde do CUSC, São Paulo, junho 1997.
- PICCHIAI, Djair, Parâmetros e Indicadores de Dimensionamento de Pessoas, Relatório de Pesquisa do GVPesquisa, da FGVESP, 2009.
- PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, Acordo entre EAESPFGV e HCFMUSP. Indicadores publicados no site (2010).
- SCHIESARI, Laura M.C.; MALIK, Ana Maria, Instrumentos usados na prática diária da gestão da qualidade, in Gonçalves, E.L., op. Cit. (2006).
- SPENOLINI, M.J., Benchmarking, São Paulo: Makron (1993).

Avaliação De Tecnologia

P_137_2011 - Sistema de suporte a decisão baseado na lógica difusa para estabelecimento do nível de prioridade do agendamento de exame de endoscopia digestiva alta em caráter ambulatorial

Wellington Cardia, Ronald Maia Filho, Jorge Luiz Mendes Ramos, Janaína Bulhões Miranda, José Ernesto De Araújo Filho, Afonso Cesar Cabral Guedes Machado, José Ernesto De Araújo Filho

Palavras-chaves: endoscopia, fuzzy, agendamento, prioridade

1 – Introdução

Desde o início do século XX, quando começou a ser utilizada, a endoscopia vem sendo o exame complementar mais empregado para auxiliar o diagnóstico médico de doenças do trato gastrointestinal [1; 2]. Sua relevância não se restringe à prevenção, mas também ao tratamento de doenças por meio de cirurgias cada vez menos invasivas [3].

Atualmente, existe um grande número de protocolos e recomendações a respeito das indicações para o exame endoscópico [1], como, por exemplo, as diretrizes da Sociedade Americana para a Endoscopia Gastrointestinal e da Sociedade Britânica de Gastroenterologia. No Brasil, não há um conjunto de recomendações sugeridas pelo Ministério da Saúde, mas protocolos locais, como o da prefeitura de Campinas- SP, com diferentes níveis de prioridade de agendamento de endoscopias digestivas altas, conforme mostra a figura 1 [4].

PROPOSTA DE SOLICITAÇÃO DE ENDOSCOPIA

Nome: _____

Idade: _____ FF: _____ Equipe de referência: _____

Médico solicitante: _____

Unidade solicitante: _____

Indicação (hipótese diagnóstica): _____

CID 10: _____

*Assinale somente as respostas afirmativas

VERMELHO: _ Sinais de alerta _ Estado geral do paciente (síndrome consumptiva) _ Acompanhamento evolutivo de diagnósticos anteriores e seguimento de patologias com potencial de transformação maligna _ Procedimentos terapêuticos específicos _ Pré-operatório de transplantes

AMARELO: _ Sintomas persistentes após tratamento clínico, sem endoscopia prévia _ Pacientes com DRGE, sem endoscopia prévia _ Esofagites erosivas com complicações (úlceras, Barret, estenoses) _ Investigação de Hipertensão Portal _ Sequela de esofagites cáusticas/químicas _ Esofagites erosivas graus C e D da classificação de Los Angeles _ Úlceras duodenais complicadas _ Úlceras gástricas _ Pólipos gástricos hiperplásicos _ Pós-gastrectomia por doença maligna _ Pré-operatório de cirurgia bariátrica (obesidade mórbida) _ Pré-operatório de colecistectomia

VERDE: _ Sintomas persistentes após tratamento clínico, com endoscopia prévia _ Pacientes com DRGE, com endoscopia prévia _ Gastrites e úlceras duodenais _ Controle de erradicação do *H. pylori* _ Pós-gastrectomia por doença benigna _ Pós-operatório de cirurgia bariátrica (obesidade mórbida)

ANTECEDENTES PESSOAIS: _ Hipertenso - observar controle de pressão arterial _ Diabético insulínico dependente _ Tabagista _ Etilista _ Uso de AINES _ Endoscopia anterior (laudo): _____ Cirurgia gástrica anterior (indicação / há quanto tempo): _____

Neoplasia _____ RX contrastado EED (laudo) _____ Ultrassom/Tomografia (laudo)

ANTECEDENTE FAMILIAR: _ Neoplasia _____

Figura 1: Proposta de solicitação de endoscopia elaborada pela Secretaria de Saúde do Município de Campinas. O código de cores indica o grau de prioridade da solicitação.

Esta variedade de definições sobre as indicações adequadas e inadequadas, com maior ou menor prioridade para a realização de endoscopia, faz com que existam diversas interpretações sobre a utilização desse recurso diagnóstico. Indicações citadas em protocolos estadunidenses não consideram a realidade epidemiológica da população asiática [1], por exemplo, assim como não incluem aspectos individuais em situações clínicas variadas [2]. Sem critérios que definam o grau de prioridade do exame endoscópico, pacientes com suspeita de doenças graves e pacientes com doenças de caráter benigno não são diferenciados no agendamento de seus exames. Esta realidade contribui para o atraso na determinação do diagnóstico clínico e início do tratamento mais adequado, além do agravamento de todos os casos, da diminuição da chance de cura e do aumento de custos financeiros para aqueles pacientes em estado grave ou avançado.

Propor um mecanismo automático para o estabelecimento do nível de prioridade do agendamento de uma endoscopia digestiva alta é importante para aumentar a qualidade de atendimento, diagnóstico, tratamento e seguimento de pacientes. Este mecanismo seria ainda mais representativo se for capaz de incorporar a experiência de especialistas, prática clínica e dados ambulatoriais refletindo a realidade brasileira, ao mesmo tempo seja capaz de incorporar as imprecisões e incertezas inerentes das informações relativas à saúde. A priorização da investigação pode auxiliar os médicos em discernir se os sintomas são inespecíficos, de pouca importância ou se representam uma doença grave. Uma alternativa para gerar um critério ou índice de seleção que satisfaça estes objetivos é empregar a teoria de conjuntos difusos e lógica difusa, ao mesmo tempo em que se produza um sistema automático de suporte à decisão para agendamento de exame de endoscopia digestiva alta em caráter ambulatorial para estabelecimento do nível de prioridade.

Considerada uma generalização da lógica booleana, a lógica fuzzy ou lógica difusa, admite que dados incertos, imprecisos ou vagos recebam tratamento matemático na modelagem de um problema [5]. Comparando-a à lógica aristotélica, que só admite dois extremos (um completamente verdadeiro e outro completamente falso), a lógica difusa permite gerar variáveis de saída a partir de variáveis de entrada imprecisas, ou até mesmo imperfeitas [6]. Cada vez mais empregada em

bioinformática, a lógica difusa permite a realização de pesquisas científicas em variadas áreas da medicina [4;7-8], como por exemplo no suporte a decisão do risco de óbito neonatal [5], ou ainda na sugestão de um índice que relacione a obesidade e suas indicações cirúrgicas [9].

A elaboração de um estudo baseado na lógica difusa passa por fases, entre elas a fuzzificação, etapa na qual são definidas objetivamente as variáveis linguísticas de entrada e as funções de pertinência, a partir de experiência específica. Na inferência, definem-se as regras e proposições. A fase de defuzzificação consiste em converter as variáveis fuzzy em valores numéricos capazes de serem interpretados pelo sistema de análise, por meio dos algoritmos de defuzzificação. As informações obtidas nas variáveis de saída são então classificadas como significantes ou não, determinando assim sua relevância [6].

O objetivo deste projeto de pesquisa é desenvolver critérios científicos utilizando o raciocínio difuso (lógica fuzzy) para suporte no estabelecimento de diferentes níveis de prioridade de marcação de endoscopia digestiva alta (EDA) em caráter ambulatorial.

A proposta deste sistema inteligente permitirá o gerenciamento do nível de prioridade de agendamento, cuja execução pode ser realizada por profissionais não obrigatoriamente especializados, otimizando recursos materiais e humanos.

2 – Métodos

2.1 - Estudo prospectivo.

2.2 - Caracterização da amostra:

2.2.1 - Critérios de inclusão: todos os pacientes encaminhados ao ambulatório de Endoscopia do Hospital Municipal Pimentas-Bonsucesso- Prefeitura Municipal de Guarulhos no período de 1 mês.

2.2.2 - Critérios de exclusão: pacientes que não concordarem em responder ao questionário (anexo 1).

2.3 - Procedimento experimental:

Os pacientes incluídos responderão às perguntas do questionário (anexo), após assinarem o termo de consentimento informado esclarecido. Além do registro da idade, perda ponderal e tempo de aparecimento dos sintomas, consideradas universos de discurso de entrada, serão computados dados obtidos pela anamnese, com diferentes ponderações e soma subsequente dos pontos obtidos, gerando outro universo de discurso de entrada denominado "Pontuação-História".

2.4) Sistema difuso para o estabelecimento do nível de prioridade de agendamento de endoscopia digestiva alta em caráter ambulatorial.

A abordagem proposta é obter um índice simplificado baseado nas respostas obtidas pelo questionário de solicitação do exame endoscópico, com registro da idade, tempo dos sintomas em dias, perda ponderal em percentual nos últimos trinta dias e pontuação obtida com a anamnese.

As variáveis de entrada referidas são caracterizadas por termos linguísticos, que são combinados em um conjunto de regras difusas, <SE-ENTÃO>. A variável linguística de saída é o nível de prioridade do exame endoscópico. As variáveis mencionadas previamente podem ser ajustadas de acordo com o universo de discurso e suas funções de pertinência e as regras difusas são definidas de acordo com a experiência e a prática clínica.

Considera-se uma função de pertinência, $A: X \rightarrow [0, 1]$, definido como universo de discurso X , para o qual há os termos linguísticos $T = \{A, B, C\}$. O termo linguístico $A \in T$, onde $c(A) = \{x0 \in X \mid A(x0) = 1\}$ e $s(A) = \{x0 \in X \mid A(x0) > 0\}$, respectivamente significam núcleo (core) e suporte (support) de A . Neste estudo, cada termo tem a forma trapezoidal. A forma é representada por uma 4-upla $\langle s1, c1, c2, s2 \rangle$, com $s(A) = [s1, s2]$ e $c(A) = [c1, c2]$.

2.4.1 - As variáveis linguísticas de entrada e os termos linguísticos

Os termos linguísticos são associados ao universo de discurso de entrada denominado I_{idade} e composto pelo conjunto de termos linguísticos dados por $I_{idade} = \{\text{BaixoRisco}, \text{MédioRisco}, \text{AltoRisco}\}$, cujas funções de pertinência associadas são distribuídas no universo de discurso que varia $X1 = [30, 80]$, conforme figura 3. O conjunto de termos para I_{idade} é $\text{BaixoRisco} = \langle 30, 30, 40, 50 \rangle$, $\text{MédioRisco} = \langle 40, 50, 60, 70 \rangle$ e $\text{AltoRisco} = \langle 60, 70, 80, 80 \rangle$. A superposição destes termos linguísticos permite a graduação e uma classificação mais suave, além de representar a incerteza usualmente presente no julgamento ou até acomodar possíveis discordâncias entre especialistas.

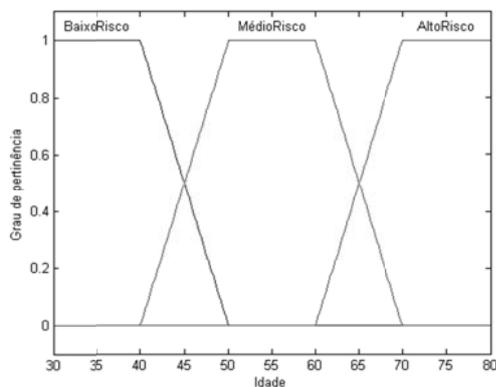


Figura 3 - Universo de discurso de entrada - Idade.

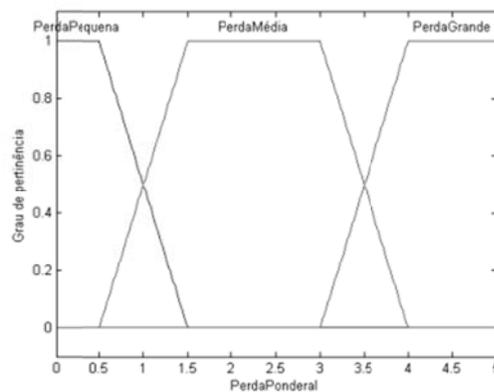


Figure 4 - Universo de discurso de entrada - PerdaPonderal

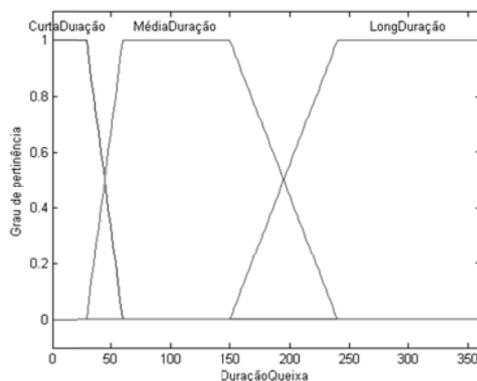


Figure 5 - Universo de discurso de entrada - DuraçãoQueixa (em dias)

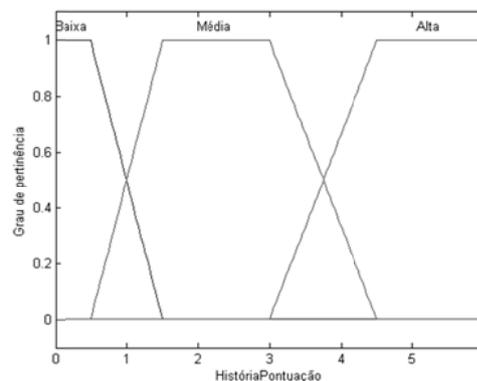


Figure 6 - Universo de discurso de entrada - HistóriaPontuação

Na construção da variável PerdaPonderal, o conjunto de termos é PerdaPonderal= {PerdaPequena, PerdaMédia, PerdaGrande}. Entende-se por PerdaPequena a perda ponderal pequena para um período de 30 dias, com redução ponderal inferior a 1,5% do peso corporal. Há uma gradação desta perda ponderal em média e grande, cujos valores de perdas ponderais são mais significativos. As funções de pertinência são distribuídas no universo de discurso na variação de $X_2 = [0,5]$, de acordo com a figura 4. O conjunto de termos para PerdaPonderal é PerdaPequena= $<0, 0,5, 1,50>$, PerdaMédia= $<0,5, 1,5, 3, 4>$ e PerdaGrande= $<3, 4, 5, 5>$.

A variação do universo de discurso da duração dos sintomas em dias, denominada DuraçãoQueixa, é $X_3 = [0, 350]$, representada na figura 5. Esta variável lingüística apresenta o conjunto de termos compostos por DuraçãoQueixa= {CurtaDuração, MédiaDuração, LongaDuração}. A curta duração dos sintomas sempre alerta para a possibilidade de condições clínicas mais significativas. Os termos lingüísticos da DuraçãoQueixa são caracterizados por CurtaDuração= $<0, 0, 30, 50>$, MédiaDuração= $<30, 50, 150, 240>$ e LongaDuração= $<150, 240, 350, 350>$.

A variável lingüística de entrada HistóriaPontuação é caracterizada pelos conjuntos de termos lingüísticos HistóriaPontuação= {Baixa, Média, Alta}, sendo que a variação do universo de discurso é $X_4 = [0,6]$, representada na figura 6. Os termos lingüísticos forma definidos como Baixa= $<0, 0,5, 1,5>$, Média= $<0,5, 1,5, 3, 4,5>$ e Alta= $<3, 4,5, 6, 6>$. A pontuação será obtida por meio do preenchimento do questionário da anamnese, com diferentes ponderações de acordo com a importância das informações, com somatório de todos os parâmetros considerados positivos, conforme mostrado na figura 7.

0,2 – Sintomas não especificado	0,5 – Dispepsia
0,5 – Dor abdominal	0,5 – Pirose
0,5 – Desconforto abdominal mal caracterizado	0,5 – Dor retroesternal ou torácica
0,5 – História familiar de neoplasia fora trato digestório	0,5 – Uso de medicamentos (mais de 2 sem AINE)
0,5 – Tabagismo	0,5 – Etilismo
0,5 – Vômitos	1,0 – Controle de úlcera duodenal
1,0 – Doenças crônicas (IC,I,renal, DPOC,diabetes, dist.tireóide, HA, HIV, doença psiquiátrica)	1,0 – História familiar de neoplasia do trato digestório
1,0 – Passado de cirurgia gástrica (<15 anos)	1,5 – Controle de úlcera gástrica
1,5 – História familiar de neoplasia gástrica	1,5 – Passado de cirurgia gástrica (>15 anos)
1,5 – Anemia	1,5 – Emagrecimento
1,5 – Uso crônico de AINE	1,5 – Hepatopatia crônica
2,0 – Follow-up de neoplasia gástrica	2,0 – Disfagia/Odinofagia
2,0 – Passado de hematêmese/melena/enterorragia	2,0 – Passado de varizes esofagianas
2,0 – Investigação de neoplasia primária em pacientes com lesão secundária	2,0 – Via de administração de dieta (gastrostomia)

Figura 7 – Ponderação de dados obtidos na anamnese

2.4.2 - Variável lingüística de saída e termos lingüísticos

A saída do sistema difuso é caracterizada pela variável lingüística de saída associada ao Nível de Prioridade do agendamento do exame de endoscopia digestiva alta (EDA) em caráter ambulatorial. O universo de discurso é dividido de acordo com o Nível de Prioridade de agendamento da EDA. O conjunto de termos lingüísticos utilizados é NívelPrioridade={PequenaPrioridade, MédiaPrioridade, GrandePrioridade, MaiorPrioridade}. O universo de discurso apresenta a variação $Y = [0,10]$ conforme a figura 8. Os termos lingüísticos são caracterizados como PequenaPrioridade= $<0, 0, 1, 3>$, MédiaPrioridade= $<1, 3, 4, 6>$, GrandePrioridade= $<4, 6, 7, 9>$ e MaiorPrioridade= $<7, 9, 10, 10>$.

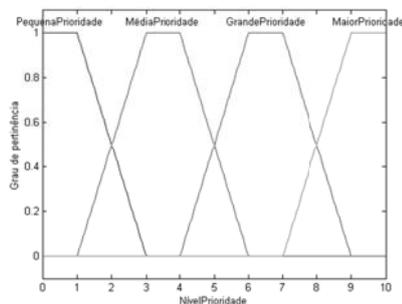


Figure 8 - Universo de discurso de saída – NívelPrioridade

2.4.3 - Regras difusas e inferência difusa

As regras usadas para obtenção do nível de prioridade do agendamento de EDA, em caráter ambulatorial, foram obtidas pelo uso do sistema difuso Mamdani, dada sua facilidade de mimetizar um especialista humano. O valor final da saída é obtido pelo processo de defuzzificação do centro de área. O sistema Mamdani, composto por 130 regras, é sumarizado da seguinte forma:

R1: Se Idade é BaixoRisco e PerdaPonderal é PerdaPequena e DuraçãoQueixa é CurtaDuração e HistóriaPontuação é Baixa então o NívelPrioridade é PequenaPrioridade;

...

R14: Se Idade é BaixoRisco e PerdaPonderal é PerdaPequena e DuraçãoQueixa é LongaDuração e HistóriaPontuação é Média então o NívelPrioridade é MédiaPrioridade;

...

R99: Se Idade é AltoRisco e PerdaPonderal é PerdaPequena e DuraçãoQueixa é LongaDuração e HistóriaPontuação é Baixa então o NívelPrioridade é PequenaPrioridade;

...

R130: Se Idade é AltoRisco e PerdaPonderal é PerdaGrande e DuraçãoQueixa é LongaDuração e HistóriaPontuação é Alta então o NívelPrioridade é MaiorPrioridade;

A representação visual da inferência das variáveis de entrada e a variável de saída só é possível com duas variáveis de entrada de cada vez, com a variável de saída. Para ilustrar isto, as superfícies difusas para a avaliação do nível de prioridade no agendamento de EDA em caráter ambulatorial são demonstradas nas figuras de 9-14.

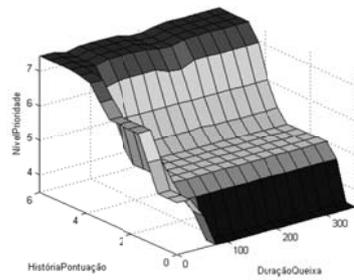


Figure 9 - Visualização das variáveis de entrada DuraçãoQueixa e HistóriaPontuação e a variável de saída NívelPrioridade.

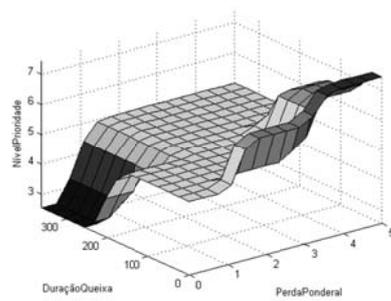


Figure 10 - Visualização das variáveis de entrada DuraçãoQueixa e PerdaPonderal e a variável de saída NívelPrioridade.

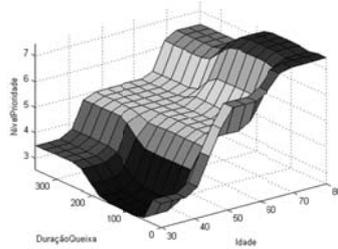


Figure 11 - Visualização das variáveis de entrada DuraçãoQueixa e Idade e a variável de saída NívelPrioridade.

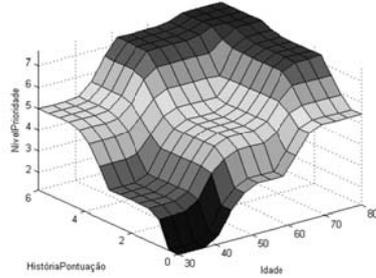


Figure 12 - Visualização das variáveis de entrada HistóriaPontuação e Idade e a variável de saída NívelPrioridade.

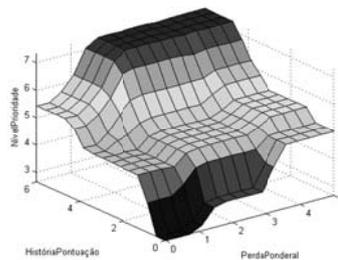


Figure 13 - Visualização das variáveis de entrada HistóriaPontuação e PerdaPonderal e a variável de saída NívelPrioridade.

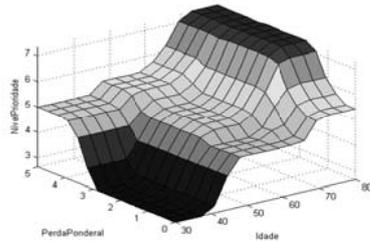


Figure 14 - Visualização das variáveis de entrada Idade e PerdaPonderal e a variável de saída NívelPrioridade.

4 – Conclusões

Ao fim do período de estudo, será realizada uma correlação entre o grau de prioridade do agendamento da endoscopia com os achados endoscópicos, para que seja avaliado o nível de correlação entre o sistema de suporte a decisão para o nível de prioridade do exame com o achado endoscópico, sendo que este será classificado pelo endoscopista como achado não significativo, de significância baixa, intermediária e alta, que serão pontuados, respectivamente, de 0,1,2 e 3. Para esta correlação será utilizado um mapeamento não-linear utilizando o método Takagi-Sugeno.

O modelo Takagi-Sugeno (TS) é caracterizado pela não-linearidade e uma estrutura simples, em que a identificação do problema envolve o estabelecimento da estrutura e dos parâmetros. Esta estrutura está relacionada à determinação das premissas, dos conseqüentes e das regras do sistema. Os parâmetros são determinados quando se identificam as funções de pertinência dos universos de discurso. Para a atividade de treinamento e otimização dos parâmetros do modelo difuso foi utilizada uma técnica do campo de inteligência computacional/artificial inspirada em um modelo neural biológico de seres humanos, denominado Sistema Adaptativo de Inferência Neuro-Difuso (ANFIS – Adaptive Neuro-Fuzzy Inference System). Estas duas abordagens colocadas de forma a trabalharem em conjunto permitem um tipo de arquitetura de extração baseada em dados para gerar um modelo que permite produzir resultados de saída estimada para entradas não apresentadas ao modelo durante a fase de treinamento devido à sua capacidade de generalização [8].

Anexo

Determinação do grau de prioridade na marcação de endoscopia digestiva alta em caráter ambulatorial utilizando lógica difusa

Nome:

Prontuário:

Idade:

Sexo:

Raça:

Naturalidade:

Residência:

Lat:

Long:

a) Tempo de aparecimento dos sintomas: dias

b) Peso habitual: kg

c) Perda de peso nos últimos 30 dias: kg (% do peso habitual)

d) Anamnese (pontos)

d.1) Sintomas: pontuação total (pontos)

(0,2) Não especificado (0,5) Dispepsia (0,5) Dor abdominal (0,5) Pirose

(0,5) Desconforto abdominal mal caracterizado (0,5) Dor retroesternal ou torácica

(2,0) Disfagia (2,0) Odinofagia (0,5) Vômito

d.2) História patológica pregressa (pontos)
 (1,5) AINE (0,5) outros medicamentos (1,0) Passado de úlcera duodenal
 (1,5) Hepatopatia crônica (1,5) Anemia
 (1,0) Comorbidades associadas (IC,I.renal, DPOC,diabetes, dist.tireóide, HA, HIV, doença psiquiátrica)
 (0,5) Outras situações não específicas
 (1,0) Cirurgia gástrica (<15 anos) (1,5) Cirurgia gástrica (>15 anos)
 (0,5) Colectomia (1,0) Cirurgia do esôfago
 (0,5) Outras cirurgias do trato digestório (cólon, hérnias e outras)/cirurgias intra-abdominais
 (2,0) Neoplasia gástrica (2,0) Neoplasia metastática
 (2,0) Hematêmese/melena/enterorragia (2,0) Varizes de esôfago/estômago
 (2,0) Via de administração de dieta

d.3) História familiar (pontos)
 (1,5) Neoplasia gástrica (1,0) Outras neoplasias do trato digestório (0,5) Neoplasias não digestivas

d.4) História social (pontos)
 (0,5) Tabagismo importante (> 10cigarros/dia) (0,5) Etilismo importante (>20g/dia)
 (0,5) Ex-tabagista há > 5 anos Fumou por: anos Quantidade:
 (0,5) Ex-etilista há > 5 anos Bebeu por: anos Quantidade:

Nível de prioridade

Valor Índice:

Nível de Prioridade () Pequena () Média () Grande () Maior Prioridade

Achados Endoscópicos

1 –
 2 –
 3 –
 4 –
 5 –
 6 –
 7 –

Xesquevixos CMD, Araújo E.

Referências

- Chan YM, Goh KL. Appropriateness and diagnostic yield of EGD: a prospective study in a large Asian Hospital. *Gastrointest Endosc.* 2004;59(4):517-24.
- Froehlich F, Repond C, Müllhaupt B, Vader JP, Burnand B, Schneider C, Pache I, Thorens J, Rey JP, Debosses V, Wietlisbach V, Fried M, Dubois RW, Brook RH, Convers JJ. Is the diagnostic yield of upper GI endoscopy improved by the use of explicit panel-based appropriateness criteria? *Gastrointest Endosc.* 2000;52(3):333-41.
- Health Lantin America. Laparoscopia: Suas Vantagens e Uso na Identificação e Tratamento de Doenças. Disponível em: <http://boasaude.uol.com.br/lib/emailorprint.cfm?id=3627&type=lib>.
- Prefeitura Municipal de Campinas. Manual de Endoscopia. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde. Câmara Técnica de Especialidades. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/manual_endoscopia.pdf.
- Xesquevixos CMD, Araújo E. Sistema Difuso de Suporte a Decisão do Risco de Óbito Neonatal pela Avaliação da Idade Gestacional e Idade da Mãe, Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (CBIS 2008), CD, Campos do Jordão, 2008.
- Junges LCD. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Tecnológico. Departamento de Automação de Sistemas. Sistemas Industriais Inteligentes. Introdução à lógica fuzzy. Disponível em: <http://s2i.das.ufsc.br/tikiwiki/apresentacoes/logica-fuzzy.pdf>.
- Nishio EA, Urrutia M, Araújo E. Análise pela Lógica Difusa da Condição de Risco e Sinais Vitais para Atendimento em Unidade de Emergência. Disponível em: www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1010.pdf.
- Urrutia M, Araújo E. Modelagem Difusa da Mortalidade Infantil pelo Produto Interno Bruto e Cobertura de Sarampo. Disponível em: www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1055.pdf.
- Miyahira, S. Araujo, E. Fuzzy Obesity Index for Obesity Treatment and Surgical Indication. Proc. IEEE World Congress on Computational Intelligence (WCCI 2008) / IEEE International Conference on Fuzzy Systems (FUZZ-IEEE), (pre-print), Hong Kong, 2008.
- Jang JSR. Neuro-Fuzzy Modeling and Control, Proc. IEEE, v.83, n.3, pp. 378-406, 1995.

Acreditação

P_139_2011- Efeitos do gerenciamento em um Serviço de Endoscopia, com a finalidade de aprimorar informações, adequar rotinas, buscando a redução do número de requisições inapropriadas, absenteísmo e exames sem achados endoscópicos relevantes

Wellington Cardia, Ronald Maia Filho, Jorge Luiz Mendes Ramos, Afonso Cesar Cabral Guedes Machado

Palavras-chave: gerenciamento, absenteísmo, endoscopia

Introdução

A Endoscopia digestiva alta é um procedimento que vem sendo cada vez mais utilizado na investigação de pacientes com queixas digestivas altas, como dispepsia, pirose, além de ser exame de escolha nos protocolos de rastreamento de neoplasias [1]. É um procedimento para tratamento de algumas condições, como a hipertensão portal, com a possibilidade de realização de ligadura elástica de varizes de esôfago, além de possibilitar as dilatações de doenças estenosantes.

A utilização da endoscopia é de uso cada vez mais difundido. Em paralelo à sua crescente utilização e fácil acesso, os pedidos inapropriados e as dificuldades para o gerenciamento das agendas também são fatos que ocorrem com uma frequência crescente [2].

Observou-se que critérios para indicações mais precisas têm sido alvo de discussões e protocolos universais. Os consensos para indicações apropriadas são cada vez mais objeto de estudos, em busca de diagnósticos mais precoces de achados relevantes, como o carcinoma gástrico. Nota-se que o livre acesso à endoscopia é algo crescente e com isto, houve um aumento do custo por aumento da demanda de realização do exame, além de filas de espera cada vez mais longas e tempo de espera cada vez mais prolongado. A dificuldade de se ter uma ferramenta para se gerenciar a demanda e a necessidade de se priorizar os exames com maior chance de detecção de doenças relevantes é uma realidade vivenciada pelos diferentes sistemas de saúde em todo o planeta [3].

Os serviços médicos buscam o melhor gerenciamento dos seus recursos, visando à redução de gastos e a melhor assistência ao paciente e assim busca-se aumentar a maior possibilidade de que os exames mais apropriados sejam solicitados e efetuados com um grau de prioridade mais acurada. Há uma busca no melhor gerenciamento dos recursos diagnósticos, como é o caso da endoscopia digestiva alta.

O objetivo do presente estudo foi de estudar o efeito de medidas simples de gerenciamento sobre o aumento da conscientização nas equipes médicas, visando um mais adequado preenchimento das solicitações, além de avaliar os efeitos da interface da equipe de endoscopia de um hospital com o sistema de saúde local, no sentido de comparecimento da população para a realização do exame endoscópico.

Método

O estudo foi realizado no Hospital Pimentas Bonsucesso- Prefeitura Municipal de Guarulhos- SPDM e foram incluídas informações sobre todos os pacientes agendados para realizar o exame de endoscopia digestiva alta, seja diagnóstico ou terapêutico, no período de janeiro a maio de 2010. Mensalmente foi elaborado um relatório constando de dados epidemiológicos gerais da população, como idade, sexo, unidade de origem, comparecimento ou não do paciente, preenchimento ou não, de forma legível ou não, da requisição de exame de endoscopia. Foi computado se o exame endoscópico era normal ou não. Os relatórios foram encaminhados mensalmente à Diretoria do Hospital, à central reguladora de vagas do Município de Guarulhos e como consequência dos resultados obtidos, foram emitidos informes aos médicos solicitantes, demonstrando algumas limitações existentes, tais como ilegibilidade, preenchimentos de guias em branco e de forma inadequada.

Os parâmetros estudados foram as variáveis categóricas: pedidos em branco ou ilegíveis (sim ou não); absenteísmo (sim ou não) e exames com laudo normal (sim ou não). O estudo estatístico foi realizado com o teste do qui-quadrado para comparar as frequências absolutas e relativas entre as variáveis categóricas e utilizou-se o teste T-student para comparar as médias entre os grupos. Utilizou-se o nível de significância de 5 %.

Resultados

Foram realizados 686 exames no período de janeiro a maio de 2010, com uma distribuição representada na figura 1.

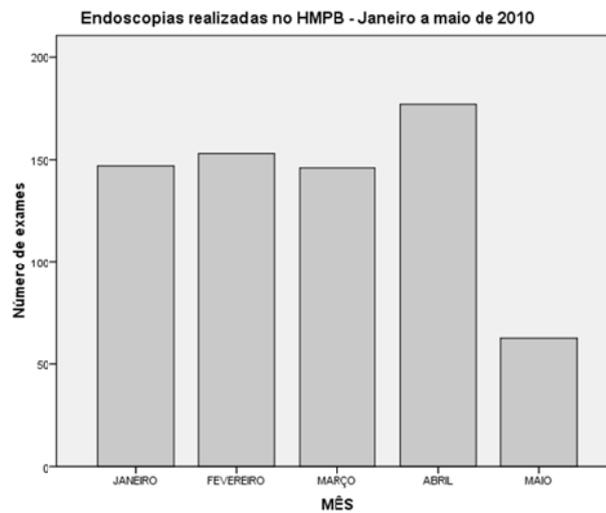


Figura 1 - Número de endoscopias digestivas altas realizadas de janeiro a maio de 2010

Houve uma redução do absenteísmo no setor de endoscopia entre os meses de janeiro e maio de 2010 (figura 2).

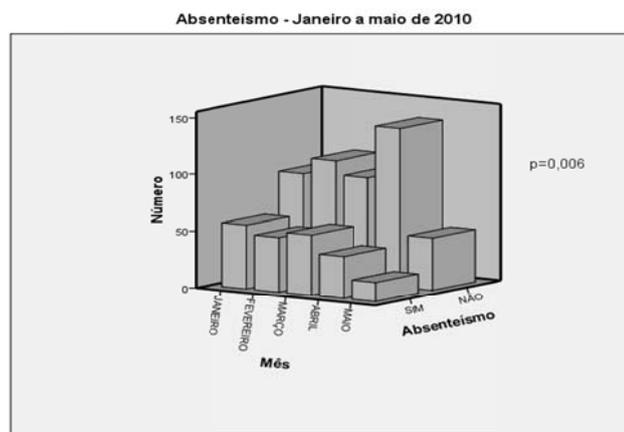


Figura 2 - Absenteísmo em endoscopia digestiva alta

Ocorreu redução de solicitações de endoscopia digestiva em branco e ilegíveis no mesmo período (figura 3).

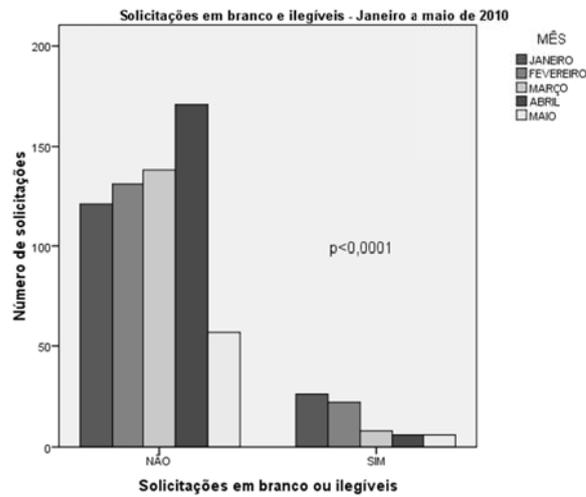


Figura 3 - Solicitações em branco e ilegíveis

Os exames endoscópicos com laudo normal mostraram uma redução significativa entre janeiro e maio de 2010 (figura 4).

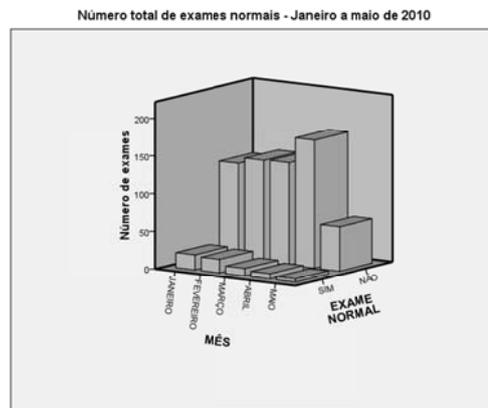


Figura 4 - Exames normais de janeiro a maio de 2010

}2

Discussão e conclusão

A conduta inicial do gerenciamento neste estudo foi o de observar a evolução, ao longo do tempo (5 meses) valorizando solicitações ilegíveis, em branco e computar o absenteísmo. O absenteísmo e o descaso de solicitações indevidamente preenchidas mostraram a inadequação existente na assistência ao paciente com demanda de exame endoscópico. Foi gerada a ação para otimizar a agenda e a assistência, através da interface Serviço de Endoscopia-Diretoria do Hospital-Sistema de Saúde. Com ações simples, observou-se queda considerável de solicitações inapropriadas, assim como houve redução significante do absenteísmo e exames com laudos normais, demonstrando assim a importância de um gerenciamento atuante com o objetivo de melhora da assistência ao paciente.

Referências

- Wallace MB, Durkalski VL, Vaughan J, Palesch YY, Libby ED, Jowell PS, Nickl NJ, Schutz SM, Leung JW, Cotton PB. Age and alarm symptoms do not predict endoscopic findings among patients with dyspepsia: a multicentre database study. *Gut* 2001; 49: 29-34.
- Axon ATR, Bell GD, Jones RH, Quine MA, McCloy RF. Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal Endoscopy. *BMJ* 1995;310:856-9
- Bersani G, Rossi A, Suzzi A, Ricci G, De Fabritis G, Alvisi V. Comparison between the Two Systems to Evaluate the Appropriateness of Endoscopy of the Upper Digestive Tract. *Am J Gastroenterol* 2004;99:2128-35.
- Seemater-Bagnoud L, Vader JP, Wietlisbach V, Froehlich F, Convers JJ, Burnand B. Overuse and underuse of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy in various clinical settings. *Internat J Qual Health Care* 1999;11(4):301-8.

Indicadores Assistenciais

P_140_2011 - Rede hospitalar em São Paulo – Brasil: mapear para regular

José Dínio Vaz Mendes, Adriana Magalhaes, Olimpio J Nogueira V Bittar

Resumo: Apresenta-se a estrutura da rede de hospitais e leitos por mil habitantes no Estado de São Paulo, do Sistema Único de Saúde - SUS e privado (Saúde Suplementar), a fim de subsidiar a discussão sobre a necessidade e oportunidade da implementação de novos serviços hospitalares, apontar possíveis problemas e soluções que envolvem este nível de atenção à saúde, dado o impacto dos hospitais nos gastos do sistema de saúde.

Palavras Chave: Rede hospitalar/Sistema Único de Saúde – SUS, Leitos hospitalares, hospitais/estatísticas & dados numéricos

Introdução

No Brasil a atenção de saúde da população conta com dois sistemas complementares, o Sistema Único de Saúde (SUS) – público – e o Sistema de Saúde Supletiva (SS) – privado – (composto por diferentes modalidades de prestadores de serviços, Medicina de Grupo, Cooperativa Médica, Seguro Saúde e Autogestão). No Estado de São Paulo, 43% da população é atendida pelo SS, contrastando com a média do País, que é de 26%.

Em 2010, o Brasil possui 6.401 hospitais(1), de todos os portes, enquanto o Estado de São Paulo conta com 881 hospitais, entre os quais se destacam unidades de alta complexidade que atendem pacientes de outros estados e da América Latina, com intensa participação na pesquisa e no ensino, mas também pequenas unidades, com baixa resolubilidade e inviáveis economicamente.

Para colaborar com a análise da atenção hospitalar no Estado de São Paulo e suas necessidades quantitativas e qualitativas, apresenta-se a situação atual dos diferentes tipos de serviços hospitalares existentes no estado e outros fatores relacionados com esta forma de unidade de saúde a fim de chamar a atenção para a importância de interferir nos sistemas de saúde regionais e adequá-los aos recursos existentes, buscando melhor aproveitamento dos mesmos para garantia da saúde da população e sustentabilidade do sistema de saúde.

Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é apresentar a situação atual da estrutura da atenção hospitalar no Estado de São Paulo, de forma a indicar necessidades, conhecer tendências, apontar possíveis melhorias que poderão ser desenvolvidas no sistema de saúde, orientar gestores e melhorar acesso e qualidade do atendimento.

Justificativa

Nas últimas décadas observa-se o aumento de gastos públicos de saúde em todos os países, especialmente no conjunto de economias desenvolvidas, tornando o assunto gradativamente mais relevante para os respectivos governos(2).

A criação indiscriminada de hospitais para as comunidades, sem observar necessidades epidemiológicas e analisar a boa utilização dos serviços já existentes, pode ser letal para a solvência dos Sistemas de Saúde, face ao custo de investimento e manutenção para estes equipamentos.

As dificuldades verificadas no financiamento dos sistemas públicos universais de saúde destacam a importância da busca pela racionalidade na prestação de serviços de saúde, em especial, no que se refere à atenção hospitalar, uma vez que este tipo de atenção exige grandes investimentos e apresenta elevado custeio.

Por vezes, a sociedade civil e dos seus representantes políticos, bem como inúmeros gestores públicos de saúde, solicitam a criação de novos hospitais, vistos como a panacéia para os problemas de saúde e solução para as dificuldades assistenciais existentes.

Estas demandas, se concretizadas sem maiores critérios, acrescentariam problemas ao SUS, no lugar de solucioná-los, aumentando custos, dificultando o financiamento do sistema e por vezes, inviabilizando o custeio do sistema pelos poderes públicos locais, além de produzir serviços de saúde sem qualidade, que não conseguem melhorar efetivamente as condições de atendimento e saúde da população.

Métodos

Os dados foram obtidos dos arquivos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), desenvolvido pela SES/SP.

O DATASUS coleta regularmente dados das unidades hospitalares, entre eles, número e características de internação, motivo da internação (morbidade), datas de internação e saída hospitalar, procedimentos realizados durante a internação.

O CNES é a base cadastral para os Sistemas de Informações em Saúde do SUS e foi iniciado em 2003 com dados disponíveis sistematicamente desde 2005. Inclui hospitais com vínculos com o SUS e hospitais privados sem vínculos com o sistema.

A fidedignidade das informações dos sistemas do SUS foi melhorando ao longo do tempo, com a introdução de inúmeras “críticas” automáticas nos sistemas informatizados correspondentes.

Com relação às informações sobre os usuários de planos e seguros privados de saúde a fonte foi a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde que disponibiliza estes dados em seu site na Internet (3). Podem existir incorreções quanto ao número de segurados por região, em função da duplicidade de registros (como é o caso de usuários que possuem dois planos de saúde, um de caráter coletivo e outro familiar, que são contados duas vezes), bem como de endereço dos segurados, (uma vez que o endereço que consta é aquele da empresa contratante). Mesmo assim, foi considerada imprescindível a utilização destas informações para o estudo de leitos.

Para os hospitais de ensino foi utilizado o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) criado no ESP em 2005 para avaliação destes hospitais, após a certificação dos mesmos pelos Ministérios da Saúde e Educação.

O SAHE compreende as informações administrativas para uma análise integral da produção, produtividade, qualidade e aspectos financeiros de suas atividades, relativos tanto ao SUS como ao SS.

Para a descrição da rede hospitalar os hospitais foram divididos em:

- Hospitais gerais e especializados (cardiologia, ortopedia, oncologia, pediatria, maternidades entre outros), com especial destaque para os Hospitais de Ensino - HE;
- Hospitais de longa permanência (psiquiatria e crônicos – tuberculose, Hanseníase, geriatria e outros).
- Unidades não hospitalares com leitos, como as unidades mistas e prontos socorros com registro de internação, nos primeiros seis meses de 2010.

Estas informações foram apresentadas por regional de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, tanto para os hospitais do SUS como do sistema de SS.

Os dados do SAHE, de produção, indicadores de qualidade e de produtividade, são apresentados, para efeito de comparação e destaque da importância das informações. Apresentam-se dados internacionais que indiquem tendências deste tipo de atenção nos países desenvolvidos que possam enriquecer a discussão do assunto.

Resultados

No Estado de São Paulo existem 855 unidades de internação (com 103,1 mil leitos), das quais 594 ou 70% estão vinculadas ao SUS e 261 unidades ou 30% são unidades privadas não conveniadas ao SUS, que atendem apenas à Saúde Suplementar - SS e pacientes particulares.

As 594 unidades, públicas ou privadas conveniadas ao sistema foram divididas em 5 grupos: 485 (82%) destes hospitais são hospitais gerais/especializados e totalizam 63 mil leitos (entre os quais se incluem 41 Hospitais de Ensino); 54 (9%) são hospitais psiquiátricos com 13,5 mil leitos, 18 (3%) são hospitais de crônicos (hanseníase, tuberculose, geriátricos e outros) com 3 mil leitos e 37 (6%) são outras unidades com leitos (Pronto Socorros e Unidades Mistas) com apenas 839 leitos.

Do total de 103,1 mil leitos do Estado de São Paulo, 80,4 mil ou 78% são de unidades hospitalares vinculadas ao SUS, embora apenas 64,7 mil ou 63% sejam leitos disponibilizados efetivamente para o SUS. É preciso salientar que parte importante dos hospitais do SUS é de natureza filantrópica e reserva parcela de seus leitos para atendimento privado (SS).

Os hospitais que atendem exclusivamente à SS possuem 22,7 mil leitos ou 22% do total de leitos existentes no Estado.

Em 1985 o ESP possuía 89.581 e leitos gerais conforme cita Duarte(4), demonstrando uma diminuição de 30% de leitos até 2010. Este fato ocorreu em outros países, como os Estados Unidos, citado por Bazzoli e cols.(5), onde, entre 1.985 e 2.000 o número de hospitais comunitários diminuiu em 14,4% e os leitos em 17,5%, sendo que as taxas de ocupação declinaram de 74,9% para 64,5 no período.

O mesmo fato já havia sido descrito nos Estados Unidos por Keeler e Ying(6) no período de 1983 a 1989, caindo de um milhão para 933 mil leitos, com a taxa de ocupação declinando de 75% para 66%.

Em ambos os casos, os motivos desta diminuição foram os avanços tecnológicos que permitiram melhor uso do ambulatório e a diminuição da média de permanência, até incentivos econômicos para diminuição dos custos e das internações. Há relato de casos em que a escassez de mão de obra, principalmente enfermagem, influenciou nesta redução.

Hospitais Gerais/Especializados

Tomando-se como base a rede de hospitais vinculados ao SUS em 2010 existe 1,53 leitos gerais e especializados/SUS por mil habitantes no Estado (excluídos apenas os psiquiátricos e de longa permanência). Como estes hospitais dispõem de leitos para o Sistema SS, conforme já referido anteriormente, a proporção de leitos disponibilizados para o SUS é ainda mais reduzida, totalizando 1,20 leitos gerais e especializados/SUS por mil habitantes.

No que se refere aos hospitais gerais e especializados, a taxa de ocupação é de 63,3% com média de permanência de 5 dias.

Pode-se observar ainda que os leitos existentes não estão uniformemente distribuídos no Estado, com variações que vão de 1,03 leitos por mil habitantes na região de Registro, até 2,55 na região de Barretos ou se tomarmos apenas os leitos SUS, de 0,89 na região de Piracicaba a 2,06 em Barretos.

As diferenças regionais são explicadas pela evolução histórica do sistema de atenção médica, que acompanhou o desenvolvimento socioeconômico das regiões, ocasionando a criação de mais serviços hospitalares em regiões com maior número de trabalhadores formais (lógica da previdência social) ou com capacidade de financiar e manter os serviços de saúde privados.

A observação destas diferenças e destes valores para o Estado ocasiona frequentemente a demanda por mais hospitais e leitos. Trata-se de discussão complexa que deve levar em conta outros pontos importantes para o entendimento mais adequado da questão.

Os valores destas relações são habitualmente comparados com os valores encontrados em outros países desenvolvidos, que apontam número de leitos por mil habitantes bem maiores, sugerindo assim a necessidade de aumentar grandemente o número de hospitais e leitos destinados ao SUS.

Por exemplo, a relação de leitos agudos (excluídos os leitos para cuidados psiquiátricos e de longa permanência) por mil habitantes dos países que compõe a Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD são em 2007 sempre maiores que aqueles encontrados no SUS/SP, com exceção do México, que apresenta 1,0 leito/mil habitantes(7).

Alguns valores alcançam o dobro como é o caso da Holanda, com 3,0 leitos/mil habitantes.

Há que se ter bastante cuidado em comparações deste tipo. Os sistemas de saúde dos diversos países possuem estruturas bastante diferentes entre si, com normas e padrões culturais distintos quanto ao momento, a necessidade e a duração da internação. A Holanda em 1995 apresentava 9,9 dias de média de internação, que reduziu-se em 2007 para 6,6 dias, ainda bem superior a média do SUS/SP, de 5 dias.

Outros exemplos com significativas diferenças no grupo de países desenvolvidos são o Japão com 19 dias de média de permanência e a Alemanha com 7,8 dias em 2007, indicando aspectos assistenciais, técnicos e de padrões culturais que não são comparáveis aos demais países.

Outro aspecto a ser levado em conta é que, de forma geral, ocorreram significativas reduções na relação de leitos agudos por mil habitantes em todos os países desenvolvidos. No rol de países do OECD observa-se que a variação na redução na relação de leitos/mil habitantes entre 1995 e 2007 foi de 9,1% (México) até 30% (Suécia e Canadá). Saliente-se que estes dois últimos países possuem sistemas universais de saúde e também buscam alternativas mais eficientes e com menor custo que as internações para o atendimento de suas populações.

Para efeito comparação, a rede SUS contava no Estado de São Paulo em 2005, no que se refere a leitos gerais e especializados, com 64,3 mil leitos ou 1,59 leitos por mil habitantes, que comparados com 63 mil leitos ou 1,53 leitos em 2010, representa redução de cerca de 4% no último quinquênio. Se tomarmos exclusivamente os leitos SUS tem-se em 2005, 51,3 mil leitos ou 1,26 leitos/SUS por mil habitantes, que comparados com 49,5 mil leitos ou 1,20 leitos/SUS por mil habitantes em 2010, representa redução de 4,8%.

De fato, em todo o mundo, têm-se buscado, com sucesso, substituir ou reduzir o tempo de internação pelo desenvolvimento de modelos de atenção à saúde ambulatorial(8), com objetivos que não envolvem apenas a redução de custos da atenção à saúde, mas também garantir melhor qualidade no atendimento e redução de riscos para os pacientes.

Torna-se necessária ainda, discutir a pertinência de se utilizar a relação de leitos SUS por mil habitantes, como habitualmente é apresentada em estudos sobre leitos públicos. De forma geral, esta relação é calculada tomando-se os leitos do SUS pela população total do Estado de São Paulo. Ignora-se assim, a parcela significativa da população que possui algum tipo de plano privado de saúde.

Existem 17,7 milhões de paulistas ou 43% da população total, que possuem planos de saúde suplementar. Esta proporção é bastante diferente pelas regiões do Estado, com variação de 10% na região de Registro, até 52% na região da Grande São Paulo.

A população que possui formas de SS se utiliza dos serviços hospitalares estritamente privados e sem relação com o SUS e, além disso, utiliza-se também dos leitos particulares existentes nos hospitais vinculados ao SUS, que são parcela bastante significativa.

Portanto, no Estado de São Paulo é inadequada a comparação da relação de leitos SUS/mil habitantes com a relação de leitos por mil habitantes de outros países, uma vez que estes incluem toda a rede hospitalar existente.

Pode-se calcular a relação de leitos/SUS por mil usuários SUS (somente a população SUS dependente), a relação de leitos da SS por mil beneficiários da SS (com a população beneficiária declarada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar) e, finalmente, a relação total do Estado de São Paulo com a somatória dos leitos das redes do SUS e da SS dividida pela população total do estado,

O Estado apresenta 2,05 leitos gerais e especializados por mil habitantes, um valor aproximado ao dos países desenvolvidos. O SUS e o Sistema de SS revelam valores muito próximos, respectivamente, 2,10 e 1,99 leitos por mil.

É necessário destacar que o número de leitos por mil habitantes, isoladamente, não permite concluir que o acesso à assistência hospitalar é semelhante nos dois sistemas, pois não se conhece a qualificação e resolubilidade destes leitos, que podem apresentar importantes diferenças.

Pode-se observar ainda que os leitos totais existentes não estão uniformemente distribuídos no Estado, com variações que vão de 1,03 leitos por mil habitantes na região de Registro, até 2,55 na região de Barretos ou se tomarmos apenas os leitos SUS, de 0,89 na região de Piracicaba a 2,06 em Barretos.

Com relação à complexidade dos serviços, os 485 hospitais gerais e especializados do SUS incluem 41 HE que representam 16,3 mil leitos ou 26% do total de 63 mil leitos. Estes 41 HE possuem em média 397 leitos, quando comparados com a média de 105 leitos dos 444 restantes. Existe concentração de HE em algumas regiões como a Grande São Paulo, a região de Campinas, de São José do Rio Preto e de Ribeirão Preto.

Nos demais 444 hospitais, 161 ou 36% são unidades pequenas com menos de 50 leitos, 41% possuem entre 51 e 150 leitos e apenas 23% tem mais de 150 leitos.

O pequeno hospital é uma unidade de saúde com baixa eficiência, qualidade de assistência normalmente precária e de difícil sustentabilidade econômica, o que é confirmado pela taxa de ocupação de 36% para as unidades com menos de 50 leitos no Estado e média de permanência de 3,2 dias, indicando a baixa complexidade dos casos atendidos.

A taxa de ocupação aumenta em relação ao tamanho dos hospitais, sendo de 52% para aqueles com 51 a 150 leitos e de 68% para os de mais de 151 leitos com maior média de permanência em ambos os casos.

De forma geral, os HE apresentam melhores taxas de ocupação, com 74,5% e média de permanência de 6,41 dias, possivelmente explicada pela gravidade dos pacientes e complexidade dos procedimentos realizados nestes hospitais.

Quando comparados estes resultados aos dos países do OECD, nota-se que as taxas de ocupação dos HE (74,5%) e dos hospitais com mais de 151 leitos (68%), embora sejam as melhores taxas entre os hospitais do Estado de São Paulo, ainda são mais baixas que a maioria dos países selecionados, exceto o México (60%) e a Holanda (64%).

As baixas taxas de ocupação encontradas indicam que os hospitais do SUS/SP, de forma semelhante aos demais estados do Brasil, podem ampliar a oferta de leitos para a comunidade.

Hospitais Psiquiátricos, de Longa Permanência

Existem 54 hospitais psiquiátricos no SUS/SP no total de 594 hospitais do sistema e eles representam 13,5 mil ou 17% dos 80,4 mil leitos existentes ou 11,9 mil leitos (18%) dos 64,7 mil leitos SUS nestes hospitais.

Com relação à evolução histórica no ESP, os leitos psiquiátricos existentes na rede SUS caíram de 39 mil em 1980 para 26,1 mil em 1995(9) e finalmente alcançaram 13,5 mil em 2010, uma redução de 48% nos últimos 15 anos. Esta grande redução foi devido à queda das internações em saúde mental, parte do modelo de “desospitalização” adotado pelo SUS nacional e paulista.

Esta redução ocasionou a baixa relação de leitos psiquiátricos por mil habitantes verificada no ESP, que atinge 0,29 por mil, menos da metade daquela encontrada em outros países desenvolvidos em 2005.

A distribuição dos hospitais psiquiátricos não é regular nas regiões de saúde do ESP, com valores podem variar de 0,12 (na Grande São Paulo) até 1,5 leitos/mil em São João da Boa Vista.

A redução de leitos psiquiátricos justifica as altas taxas de ocupação verificadas em todas as regiões do Estado, que oscilam de 80 a 103%, uma vez que existe ampliação da demanda para tratamento de distúrbios mentais, inclusive com o aumento da dependência de álcool e drogas, que muitas vezes dependem de períodos de internação, como parte da terapia.

Portanto, apesar do aumento do número de unidades ambulatoriais de saúde mental no Estado, verifica-se ainda a necessidade de garantir referência hospitalar para esta área de saúde no SUS.

Por outro lado, o número de hospitais para internação de longa permanência (hanseníase, tuberculose, geriátricos e outros) é bastante reduzido no Estado e seus 2,5 mil leitos representam 4% dos leitos SUS/SP e os 18 hospitais estão distribuídos de forma irregular nas regiões do Estado. Estes fatos indicam a necessidade de reavaliar o modelo adotado até o presente para este tipo de atenção hospitalar, principalmente tendo em vista a gradual mudança de seu padrão dos pacientes que necessitam de cuidados prolongados, com a redução dos casos de hanseníase e tuberculose e com a gradativa ampliação de pacientes idosos ou com sequelas de acidentes de trânsito, violência, entre outros, que podem exigir internações mais prolongadas.

Conclusões

Embora tenha ocorrido redução de leitos no SUS/SP desde a instituição do sistema, tal fato não ocorreu devido a uma política de fechamento de hospitais e leitos e sim pelas mudanças tecnológicas e assistenciais por que passou o sistema de saúde. Apesar desta redução, ainda se pode afirmar que existe excesso de leitos no ESP, verificado entre outros fatores, pela baixa taxa de ocupação encontrada em todas as regiões de saúde.

Certamente existem situações locais e regionais do SUS que justificam investimentos em novas estruturas na rede hospitalar decorrentes de dificuldades de acesso verificadas para alguns procedimentos hospitalares.

Mas deve-se lembrar que os hospitais são unidades bastante custosas. Levantamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que construiu mais de uma dezena de hospitais durante a última década, apontam que o custo de construção para hospitais gerais de nível secundário, incluídas as obras e equipamentos alcança pelo menos, R\$ 123 mil/leito, os de nível terciário podendo alcançar R\$ 200 mil/leito e a manutenção anual de um hospital se equipara aos investimentos exigidos para sua construção.

Portanto, o que se procura destacar aqui, é a necessidade de fundamentar a criação de novos serviços, analisando-se, cuidadosamente, inúmeras circunstâncias que devem permear o processo de planejamento do sistema de saúde. Este esforço apontará outras soluções, que podem substituir a criação de hospitais, com maior impacto para melhorar o acesso e o atendimento de saúde ou medidas que precisam ser implantadas simultaneamente à instalação de novos serviços, sem as quais o sistema de saúde não apresentará avanço efetivo.

Entre estas medidas destacam-se aquelas necessárias para a redução das hospitalizações desnecessárias (condições sensíveis à atenção básica em saúde). É fundamental aperfeiçoar a atenção básica, primeiro nível do SUS

A organização do SUS e integração entre as unidades de saúde de atenção básica e os demais níveis do sistema é passo importante para garantir o atendimento dos pacientes no local mais adequado para suas necessidades. Em especial com os HE, esta integração permitirá o desenvolvimento e criação de protocolos e linhas de cuidado, que adotadas por todos, garantam orientações e diretrizes técnicas para os agravos de maior prevalência e relevância para o sistema(10, 11).

Por outro lado, a existência de leitos ociosos em todas as regionais leva a interrogação sobre como intervir nestes serviços. Não se trata aqui de “fechar” hospitais, inclusive pelo crescimento populacional esperado e pelas modificações na estrutura da população (envelhecimento), mas sim de propor modificações/adaptações atender novas necessidades de saúde.

Em relação ao porte dos hospitais vale considerar a baixa ocupação daqueles com menos de 50 leitos, principalmente em face de baixa resolubilidade apresentada. Seus leitos poderiam ser destinados aos primeiros socorros em urgência/emergência, leitos de agudos para alta complexidade, com respaldo de leitos complementares como os de terapia intensiva e reabilitação a pacientes terminais, àqueles sem prognóstico, crônicos, em reabilitação, geriátricos, aos de saúde mental, desde que arquitetonicamente e operacionalmente preparados para estes atendimentos(12).

Quanto aos hospitais gerais e especializados de médio e grande porte, estudos de especialidades exigidas nas redes de saúde regionais, a distribuição adequada entre média e alta complexidade, a consideração da economia de escala e do volume de atendimento necessário para garantir qualidade, dariam a exata dimensão da necessidade e operação eficiente dos leitos, evitando-se a ociosidade ou a demanda excessiva.

Também é imprescindível o desenvolvimento da logística necessária para transporte de pacientes, aquisição e distribuição de insumos, realização de exames.

Exemplos atuais neste sentido são os exames à distância, como exemplo o tele-eletrocardiograma, os exames por imagem a distância, evitando-se manter equipes completas nos locais dos leitos. O uso de telemedicina pode ser um importante auxiliar nos cuidados à distância, orientados por especialistas. A comunicação deve ser reforçada, melhorando a integração entre equipes, entre equipes e os pacientes, familiares e a comunidade. Cada vez mais as atividades ligadas ao ambulatório e complementar de diagnóstico/terapêutica terão papel preponderante no menor uso de leitos, face às inovações tecnológicas.

Por outro lado, a aplicação de protocolos e organização dos serviços, pode garantir a facilitação das saídas hospitalares, reduzindo custos, diminuindo infecções, locomoções de familiares entre outros bons resultados. Entra aqui a necessidade de investimentos em tecnologias que diminuam a agressividade do tratamento e diminuam o tempo de permanência, como é o caso dos procedimentos laparoscópicos.

Estudos internos nos hospitais locais e regionais são imprescindíveis verificando práticas como a reserva de leitos nas especialidades, internações desnecessárias, tempo exagerado de retorno dos exames complementares e das interconsultas, internações para procedimentos sem realização prévia de exames, internações sociais, pacientes geriátricos e sem prognóstico em hospitais gerais, retaguarda de leitos de terapia intensiva, uso regular de protocolos clínicos.

A resolubilidade dos leitos implica na alocação adequada de recursos humanos em quantidade e qualidade para lidar com os problemas regionais e locais. Citando a qualificação dos profissionais é importante lembrar a capacidade de transformação que os mesmos devem possuir, lidando com matérias que trazem implícitas mudanças de comportamento, como hábitos ligados a dieta inadequada, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, sedentarismo, sexo sem proteção, automedicação, tratamento descontinuado (doenças crônicas), causas externas (segurança do trabalho, violência, acidentes) e degradação ambiental e são responsáveis por boa parte das internações evitáveis e uso dos ambulatórios e serviços complementares. Mesmo a iniciativa privada começa a despertar para estas questões, criando mecanismos de estímulos para a prevenção de riscos e agravamentos de doenças.

Finalmente é preciso desenvolver políticas de financiamento que sejam adequadas para a rede hospitalar, com o levantamento de custos que facilitarão a racionalização do uso de recursos e a pactuação com todos os gestores locais e regionais, para que os recursos necessários aos novos serviços sejam garantidos.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em [\(18/01/2011\)](http://cnes.datasus.gov.br).
- Médici AC. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In Piola SF, Vianna SM (org.) Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 3ª ed., Brasília, IPEA; 2002. p 23-68.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. <http://www.ans.gov.br/>.
- Duarte I G. Leitos hospitalares – algumas considerações. Rev. Adm. Saúde; 2(5): 5-8, dez. 1999.
- Bazzoli G J, Brewster L R, Liu G and Kuo S. Does U.S. Hospital Capacity Need To Be Expanded? Health Affairs, 22, n.6 (2003):40-54.
- Keeler TE, Ying J S. Hospital costs and excess bed capacity; a statistical analysis. The Review of Economic Statistics, vol. 78, n. 3, August 1996, p. 470-81.
- OECD Health Data/2009. Health at a Glance. OECD Indicators 2009, 201 pag.
- MacKee, M. Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned? European Observatory on Health Systems and Policies, n.6, 2004, p. 1-16.
- Zappatelli MC, Gonçalves EC, Mosca J, Panorama da Saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. In: Bittar OJNV, Cecílio MAM, Planejamento de Saúde: conhecimento & ações, 2006. P. 225-40.
- Barata LRB, Mendes JDV, Andrade, MC. O gestor estadual e os desafios da atenção básica em saúde. In Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília. 2010. p.71 a 79.
- Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde. RAS _ Vol. 12, No 46 – Jan-Mar, 2010. p. 7 – 14.
- Bittar OJNV, Voz Saúde – Hospitais Humanitários do Paraná – Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná – FEMIPA. nº 58, Nov/dez/2010. p. 7.

Indicadores Assistenciais

P_141_2011 - A utilização da avaliação da aderência como ferramenta de gestão do tratamento das pessoas com doença falciforme

Elvira Maria M. S. de Carvalho, Clarisse Lopes de Castro Lobo, Amanda Martins, Ana Maria Mach, Disleine Xavier Serra

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar a aderência como ferramenta de gestão do tratamento das pessoas com doença falciforme em uma instituição de referência em hematologia do Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo em dois períodos com intervalo anual. A partir da educação permanente, focando a adesão ao tratamento, utilizamos ferramentas que alcançaram como resultados uma melhora no entendimento do tratamento adequado e da participação do próprio paciente no processo. A adesão é multifatorial e o envolvimento de todos os profissionais do grupo multiprofissional e dos pacientes foi fundamental para os resultados alcançados.

Palavras chaves: Doença falciforme, Tratamento, Adesão, Educação, Hidroxiuréia.

Introdução:

A Doença Falciforme (DF) é considerada a doença hereditária monogênica mais freqüente no Brasil, destacando-se a estimativa de acometimento de cerca de oito mil doentes pela forma homozigótica (HbSS).

A doença caracteriza-se pela produção de hemoglobina S (HbS). Em baixas concentrações de oxigênio, ocorre a polimerização de Hb, com conseqüente deformação das hemácias para a forma de foice, ocasionando obstrução vascular, com episódios de dor e lesão de órgãos.

Devido a sua grande variabilidade clínica, o paciente enfrenta a doença e seus sintomas, necessitando de um acompanhamento ambulatorial regular, cuja avaliação e indicação de medicações específicas são indispensáveis para prevenir as complicações clínicas, tais como as crises de dor.

Desta forma, o paciente necessita conhecer o significado de sua doença e seus sinais e sintomas para aderir ao tratamento de forma correta, fato que conduz ao controle e acompanhamento efetivo de complicações. Uma boa adesão ao tratamento implica na habilidade do paciente em cumprir as recomendações da equipe de saúde, especialmente a terapêutica medicamentosa; manter o monitoramento de suas condições clínicas e adotar mudanças no estilo de vida e hábitos.

A efetividade do tratamento da DF com uso de hidroxiuréia, agente quimioterápico inibidor da ribonuclease, é atribuída ao aumento na produção de hemoglobina fetal, diminuição da aderência vascular e aumento na concentração de óxido nítrico, que reduziria as crises de dor e a necessidade de transfusões sanguíneas periódicas, contribuindo para a melhora do curso clínico, apesar de seu mecanismo de ação ainda não estar completamente elucidado⁷. As concentrações elevadas de hemoglobina fetal (HbF) podem diminuir a gravidade da doença por inibir a polimerização da hemoglobina S.

Para o sucesso no acompanhamento e tratamento da DF, se faz necessário elaborar estratégias para favorecer a adesão dos pacientes neste processo, através de medidas educativas.

Justificativa:

Em 2002, a criação de um grupo com abordagem multidisciplinar para o tratamento da dor, intitulado, através do projeto institucional “Hospital sem Dor” foi uma estratégia para melhorar a gerência dos processos assistenciais no manejo da dor crônica e da qualidade de vida dos pacientes, visando a sensibilização de profissionais, pacientes e familiares a respeito do manejo da dor, destacando a adesão ao tratamento e os principais fatores relacionados.

A falta de conhecimento da pessoa com DF sobre a doença leva a dúvidas, insatisfação e falha no tratamento, acarretando em irregularidade no comparecimento a consultas médicas, na realização de exames e na prática do autocuidado, o que culmina em complicações clínicas e internações hospitalares.

Geralmente a não adesão, em função da dificuldade de entendimento da prescrição médica e problemas sociais, traz conseqüências negativas ao processo de cuidado, como complicações secundárias: processos infecciosos de repetição e crises de dor sucessivas. Isto demonstra a necessidade de implementar medidas educativas permanentes pelos profissionais de saúde, que visem estimular adesão ao tratamento, com a participação efetiva da pessoa portadora da DF.

Objetivo:

Utilizar a avaliação da aderência como ferramenta de gestão do tratamento das pessoas com doença falciforme.

Metodologia:

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, com dois cortes nos anos de 2009 e 2010, realizado em um instituto estadual de referência em hematologia e hemoterapia, localizado na cidade do Rio de Janeiro, nos setores de atendimento de emergência e ambulatorial. Foram selecionados 301 pacientes com DF que estavam em uso de hidroxiuréia por pelo menos 4 meses, idade acima de 18 anos e que freqüentavam regularmente o ambulatório da dor. Após a seleção dos pacientes, aconteceram ações educativas como palestras; exibição de filmes sobre aderência e uso da hidroxiuréia; distribuição de folders explicativos e do Manual de Aderência Multiprofissional; uma peça de teatro sobre aderência foi realizada pelo grupo teatral do hospital; além de agendamento de consultas de enfermagem e médica. Iniciou-se também uma segmentação no ambulatório para atendimento voltado aos adolescentes e os iletrados, criando-se receitas especiais e abordagem diferenciada, devido às grandes dificuldades encontradas nestes grupos específicos.

Após estas ações, utilizamos um questionário com perguntas fechadas para coleta de dados e observação participante para a avaliação da aderência.

Resultados:

Em 2009, 90 pacientes responderam os questionários e somente 56% referiram uma melhora da qualidade de vida relacionado a diminuição de admissões no hospital devido a intercorrências clínicas referente a DF. Já em 2010, houve um aumento para 71,4% de melhoria da qualidade de vida, o que está relacionado a uma melhora da aderência ao tratamento.

As ações educativas também melhoraram de 2009 para 2010 com a melhor compreensão do tratamento da hidroxiuréia e dos seus benefícios reduzimos em 22,3% as dificuldades de entendimento.

A partir da comparação dos ciclos de Campanhas de Aderências nos anos de 2009 e 2010 (vide quadro 1), observamos que houve um aumento na percepção do paciente na qualidade de vida em relação ao uso correto da hidroxiuréia. Além disso, os pacientes passaram a compreender melhor os benefícios do tratamento e da importância de sua participação. Estes dados foram confirmados pela observação participante dos profissionais que realizavam as consultas de acompanhamento.

Quadro 1- Resultado das Campanhas de Adesão Global de Aderência ao tratamento da Doença Falciforme, realizadas nos anos de 2009 e 2010.

ADESÃO GLOBAL DE ADERÊNCIA	Número de Pacientes (percentual)	
	2009 1ª campanha	2010 2ª campanha
Melhora da qualidade de vida em relação a admissão hospitalar após inicio do tratamento com hidroxiuréia	79 (56%)	115 (71,4%)
Apresentam dificuldade de compreender os beneficios	95 (68%)	36 (22,3%)
TOTAL DE PACIENTES QUE RESPONDERAM AO QUESTIONÁRIO	140	161

No ambulatório dos iletrados, neste período houve a admissão de aproximadamente pacientes, que necessitaram deste tipo de orientação. Já no ambulatório dos adolescentes, são atendidos atualmente cerca de 35 indivíduos.

Conclusão:

A abordagem multidisciplinar é fundamental para o sucesso de uma terapia numa doença crônica, como a doença falciforme, que apresenta um potencial grande para o desenvolvimento de complicações clínicas, podendo acarretar o óbito.

A ação continuada com o desenvolvimento de novas ferramentas educacionais visando à aderência torna-se fundamental para o sucesso terapêutico; com diminuição de internações hospitalares, conseqüente redução do custo hospitalar, e uso incorreto da medicação. Além da melhor compreensão da doença e seus aspectos relacionados pelo paciente, que passa a ser agente de seu tratamento.

Referências Bibliográficas:

1. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes. Brasília, 2001. 142p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de eventos agudos em doença falciforme. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro descendente. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 78p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais. Brasília: Ministério da Saúde. 2002, 604p
5. INATI, A. et. al. Sick cell disease: new insights into pathophysiology and treatment. *Pediatrics Annals*. v. 37, n. 5, p. 332-340, 2008.
6. KIKUCHI, B. A. Anemia falciforme: manual para agentes de educação e saúde. Belo Horizonte: Editora Health, 1999.
7. KIKUCHI, B. A. Anemia falciforme: um problema nosso. São Paulo: Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo, [200-?].
8. MOLOCK, S. D.; BELGRAVE, F. Z. Depression and anxiety in patients with sickle cell disease: conceptual and methodological considerations. In: NASH, L. T.; ADAMS, L. N.; NASH, P. K. *Psychosocial aspects of sickle cell disease past, present and future direction of research*. New York: The Haworth Press, 1994. p. 39-53
9. MURPHY, J.; COSTER, G. Issues in patient compliance. *Drugs*. v. 54, n. 6, p. 797-800, 1999.
10. OREM, E. D. *Nursing: concepts of practice*. New York: MacGraw-Hill, 1971.
11. REVISTA BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea. v. 29, n. 3, jul/set. 2007.
12. REVISTA BRASILEIRA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea. v. 31, supl. 4, set. 2009.
13. SERJEANT, G. R.; SERGEANT, B. E. *Sickle cell disease*. 3. ed. Oxford: Oxford Medical Publications. 2001.

Acreditação

P_142_2011 - Resultados Organizacionais Alcançados Durante Cinco Anos de Acreditação no Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro

Liliane Bauer Feldman, Sonya Maria Leandrini Ricupero, Jose Antonio Montes Canteras, Elizabeth Janiszewski Bomfim Wu

Resumo: Por meio do convênio com a Municipalidade de São Paulo, em 2006 o Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro implantou o Programa de Certificação da Qualidade na metodologia ONA. Esse modelo impôs desafios e uma nova dinâmica de trabalho coletivo na busca da melhoria contínua da assistência, da segurança e da satisfação organizacional. Descobriram-se cada etapa de desenvolvimento da qualidade com seus pontos relevantes. A gestão estratégica dos processos e rotinas foi implantada com impacto positivo nos resultados organizacionais utilizando-se a ferramenta PDCA. O HMBM após avaliação foi certificado Nível1 pelo Manual 2010. Para 2011 novos rumos estão traçados.

Palavras-Chave: Acreditação, Certificado de Necessidades, Qualidade da Assistência à Saúde, Gerenciamento de Segurança.

INTRODUÇÃO

O hospital público Municipal Dr. Benedito Montenegro (HMBM) realiza atendimentos de urgência e emergência, de baixa e média complexidade, e possui 37 leitos de internação. É referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região leste da cidade de São Paulo, na realização de exames laboratoriais, radiológicos e ultrassonografia e também é referência para emergências psiquiátricas. Produz a média de 6400 atendimentos/mês. Participa desde 2002 do Programa de Planejamento Familiar realizando em torno de 20 vasectomias/mês.

Por meio do convênio com a Municipalidade de São Paulo, em 2006, implantou o Programa de Certificação da Qualidade utilizando a metodologia ONA e o Manual Brasileiro de Acreditação como instrumento de avaliação (1).

A implantação do programa de qualidade na área da saúde visa à melhoria contínua, excelência na prestação dos serviços, e a gestão de riscos tem o foco na prevenção de danos e segurança institucional (2). Buscar as melhores condições no padrão de atendimento referente a estrutura, ao processo e aos resultados (3) institucionais.

Esse modelo impôs desafios e uma nova dinâmica de trabalho em equipe no hospital, permitindo maior integração entre os processos institucionais (4) que visaram entre outros, a melhoria contínua da assistência, a segurança organizacional e a satisfação dos usuários.

Em setembro de 2008, o HMBM conquistou o título de Acreditado nível 1, tornando-se o primeiro hospital público municipal da administração direta ligado a Autarquia Hospitalar Municipal da Prefeitura Municipal de São Paulo a conquistar o título.

FINALIDADE

A Acreditação é um reconhecimento da ONA que garante um alto nível de prestação de serviço em todos os setores de uma organização de saúde. O processo de Acreditação é voluntário e utiliza referenciais de excelência centrados no cuidado aos pacientes e segurança dos profissionais, introduzindo a Gestão da Qualidade como ferramenta (5) permanente de aprimoramento institucional.

Para isso, tem como premissa alguns princípios básicos:

- Introduzir a Gestão da Qualidade como uma ferramenta permanente de aprimoramento institucional;
- Racionalizar a utilização de recursos humanos, financeiros e tecnológicos;
- Focar no desempenho da organização utilizando uma abordagem centrada no processo do cuidado com o paciente/cliente;
- Buscar maior eficiência e efetividade no atendimento;
- Utilizar os referenciais de excelência do atendimento à saúde para reorganizar suas práticas, diminuir riscos para os pacientes, profissionais e colaboradores; e
- Ampliar a segurança dos usuários na escolha e utilização dos serviços (6,7).

JUSTIFICATIVA

A Acreditação favorece o desenvolvimento organizacional e o desempenho dos processos de trabalho nos três níveis da gestão:

1. Gestão Estratégica – com a definição da política organizacional, estabelecendo a liderança, o foco no cliente, as diretrizes, os objetivos e as metas e assim, a cultura da empresa.

2. Gestão por Processos – a busca da eficácia, ou seja, aprimorar aquilo que agrega valor para o cliente, com a interação sistêmica dos processos e ações integrando o compromisso de todos em tudo.

3. Gestão da Rotina – a eficiência das atividades, quer dizer que, no dia-a-dia, a Acreditação se traduz em práticas de gestão e de assistência mais transparentes, com domínio intelectual e segurança porque envolvem a verificação diária de atividades e serviços de acordo com padrões de excelência reconhecidos (1,4,7).

OBJETIVO

Descrever os resultados obtidos com cinco anos de Acreditação no Hospital Municipal Dr. Benedito Montenegro

MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo com abordagem relato de experiência. Foram coletados dados de maio de 2006 a janeiro de 2011 nos setores de Qualidade e Gerenciamento de Riscos do HMBM.

Os dados qualitativos e quantitativos estão arquivados nos registros documentais dos dois setores do hospital, em tabelas, quadros, gráficos, planilhas, papers educativos, atas de reuniões, relatórios estratégicos e setoriais, bem como das devolutivas das avaliações internas e externas da acreditação nos programas Excel® e Power Point.

RESULTADOS

Em outubro de 2010, o HMBM passou pela avaliação da Fundação Carlos Alberto Vanzolini e foi re-certificado em nível 1 na versão 2010 do Manual Brasileiro de Acreditação. Neste relatório final, os auditores destacaram os seguintes pontos fortes da instituição:

- Programa de Aprimoramento no atendimento em saúde mental
- Projeto de Metas e Resultados
- Planejamento estratégico e envolvimento dos gestores na definição das metas
- Sistemática definida para as visitas técnicas da qualidade
- Treinamentos aplicados para a disseminação da cultura da qualidade
- Avaliação de desempenho dos colaboradores em 360 graus
- Café com o diretor
- Atendimento nutricional aos colaboradores
- Sistema informatizado para acesso ao hospital

Muitas ações foram implementadas no HMBM, dentre elas, podemos citar: descrição das atividades desenvolvidas, o que deu origem aos documentos da Qualidade; maior integração entre as áreas; apoio as ações pelas lideranças; criação de equipes e comissões para análise e melhorias dos processos e criação dos indicadores que mensuram os resultados dos processos e apoiam as ações de melhoria.

A Acreditação trouxe mudanças significativas na rotina diária da assistência ao paciente e aprimorou a integração entre os processos. Integração é a execução das atividades de uma área pensando na continuidade das mesmas por outra área e, no impacto que tem um processo no resultado final: o atendimento.

Em determinados setores pode-se verificar a implementação de ações descritas a seguir.

a) Gerenciamento de Riscos (2): Constitui identificar antecipadamente quais são os riscos possíveis durante o atendimento de um paciente e estimular a melhoria contínua dos processos internos a fim de evitar que esses riscos se tornem danos.

Foram definidos planos de contingência relacionados aos insumos fundamentais para o atendimento aos pacientes, estabelecidos protocolos de prevenção de riscos assistenciais, protocolo de cirurgia segura e barreiras de proteção referentes aos principais riscos relacionados às patologias de maior prevalência e ou gravidade.

b) Gerenciamento de Não Conformidade, Evento Adverso e Evento Sentinela (1):

Em 2010, foi implementado o mapeamento dos riscos institucionais, bem como ações de prevenção, monitoramento e controle. A realização de treinamentos refinou a parceria com as equipes assistenciais na definição e cumprimento da metodologia de identificação, notificação e planejamento de ações de prevenção e controle frente a estas ocorrências. O trabalho exigiu e exige aperfeiçoamento contínuo para que tais mecanismos mantenham o foco na garantia da segurança do processo assistencial.

c) Gerenciamento de Documentos (4):

Os documentos normativos que definem as atividades da instituição, sejam estes de origem interna ou externa, tiveram suas áreas de aplicação e validade gerenciadas pelo Sistema de Gestão da Qualidade; tais documentos são continuamente analisados criticamente com foco na comunicação e otimização de recursos.

Em 2009 e 2010 a Qualidade realizou orientação para formatação de documentos e treinamentos de orientação para construção e revisão da documentação.

A participação da equipe da Qualidade em cursos, eventos e desenvolvimento de trabalhos científicos foi de fundamental importância e teve o intuito de realizar benchmarking de gestão hospitalar em todo o país, com o objetivo de identificar ações inovadoras e de impacto positivo nos resultados das organizações participantes, trocar experiências com outras instituições e mensurar se as ações do HMBM estão alinhadas ao que preconiza a ONA, além de trazer inovações para os processos institucionais a serem definidos ou reorganizados. Entre eles, o evento da Adh 2010 no Congresso de Gerenciamento de Riscos, Curso do Instrumento para Pesquisa de Satisfação (IPPS), participação no Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP) e no Fórum Internacional de Segurança do Paciente.

d) Auditorias internas (1,8)

Foram realizadas anualmente desde o início do processo de acreditação com a participação de colaboradores treinados por instituição certificadora no Curso de Avaliadores Internos e reciclados pela Coordenação da Qualidade e demais integrantes da equipe da Qualidade.

A Auditoria interna serve como um termômetro para medir a evolução e adequação dos processos, além de direcionar as prioridades de ajuste nas áreas visitadas.

A Qualidade também esteve envolvida em ações das áreas assistenciais e do corpo clínico, participando no estabelecimento de protocolos, no apoio em treinamentos e no esclarecimento dos itens de orientação do Manual da ONA(1) referentes aos diversos serviços/setores.

A participação da Qualidade se expandiu na definição e classificação dos processos, fluxo da Emergência e Acolhimento com Classificação de Riscos, Termo de Consentimento Informado para cirurgias e procedimentos invasivos, estabelecimento do Plano de Treinamento institucional, elaboração das políticas gerenciais, na avaliação e monitoramento da qualidade dos registros em prontuários, no gerenciamento dos equipamentos médico- hospitalares, na formação de grupos facilitadores, etc.

e) Em 2010 o HMBM concluiu seu Planejamento Estratégico (PE).

O resultado foi revisão e estabelecimento da identidade da instituição, ou seja, revisão da missão, visão e valores institucionais. Assim, revalidou-se a cultura organizacional.

Com a avaliação, foi mantida a certificação e recebeu a re-certificação no nível 1 na versão 2010 do Manual de Acreditação (9), melhorando a segurança e partindo para a organização dos seus processos.

O HMBM utiliza como ferramenta de melhoria contínua da qualidade o Ciclo PDCA, que busca monitorar com eficácia a gestão dos processos, por meio do diagnóstico das situações indesejáveis e da conseqüente busca de soluções.

Para 2011, estão programados os seguintes próximos passos:

- Aprimorar a relação de cliente e fornecedor interno e elaborar os contratos de prestação de serviços internos;
- Alinhar os interesses e necessidades para que o resultado final da assistência seja de melhor qualidade e satisfaça as necessidades dos nossos usuários.

CONCLUSÃO

Para gerenciar uma organização com qualidade, é necessário gerenciar processos pensando que, atrás dos processos estão as pessoas (10).

Pautado nesta filosofia de gestão o hospital utilizará o Planejamento Estratégico no modelo do Balanced Score Card (BSC) (11) para monitorar os resultados dos processos com os indicadores da qualidade.

Sabedores que ferramenta BSC visa alinhamento do PE com as ações operacionais do hospital, o mapa estratégico estabelecerá os objetivos estratégicos e definirá os indicadores, metas e planos de ação.

A revisão da Política da Qualidade contribuirá para adequar às novas diretrizes, evoluindo para o modelo de Política Integrada de Gestão (PIG), com foco na qualidade, meio ambiente, saúde e segurança ocupacional, e responsabilidade social.

A participação da equipe da Qualidade em cursos, eventos e a realização de visitas técnicas a outros hospitais deverá se manter para aprimorar o benchmarking.

O processo de Acreditação teve impacto positivo para o corpo funcional e trouxe satisfação, orgulho e interesse suficientes em sustentar a busca de melhorias contínuas. O sistema de gestão da qualidade avança para o tratamento dos requisitos dos padrões de Nível 2 ONA, tais como, indicadores, modelagem de processos, educação continuada, trabalhos em grupos, análises críticas conduzidos em diversas áreas. Desta forma, o programa de qualidade no HMBM vem contribuindo para a progressiva elevação do padrão de qualidade da assistência, fortalecendo a confiança da comunidade com a introdução de condições seguras, adequadas e dinâmicas do cuidado aos pacientes.

Referências

- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de avaliação de políticas de saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, 4ª ed, Brasília (DF), 2003.
- Feldman LB (organizadora). Gestão de Risco e Segurança Hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008. p.392
- Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford Univ Pr. Hardcover. December, 2002.
- Cerqueira Neto, EP. A clínica de gerenciamento: modelo mental para gerenciamento empresarial. São Paulo: Prentice Hall, 2003.
- D Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.
- Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem, jul./ago. 2006, vol.14, no.4, p.540-545. ISSN 0104-1169.
- Alves VLS, Feldman LB. Gestores da Saúde no âmbito da qualidade. Atuação e competências-abordagem multidisciplinar. São Paulo: Martinari, 2011.
- D Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, Auditorias, Certificações. Ferramentas de Qualidade para Gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de avaliação de políticas de saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Brasília (DF), 2010.
- Dutra JS. Competências; conceitos, métodos, experiências. São Paulo: Atlas, 2008.
- Kaplan, RS, Norton DP. Having trouble with your strategy? Then map it, Harvard Business Review, 78 (5): 167-176, 2000.

INDICADORES ASSISTENCIAIS

P_143_2011 - Análise do sucesso e insucesso da ventilação não invasiva em casos de insuficiência respiratória do serviço de urgência

Juliana Nalin de Souza Passarini, Juliana Cristina Lamon, Marivone Arruda Leite, Luciane Lima dos Santos, Ivete Alonso Bredda Saad, Carolina Kosour

Resumo: A ventilação não invasiva é conhecida há anos, mas, ultimamente, têm sido a técnica eleita para o tratamento da insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. O objetivo desse estudo foi analisar o sucesso e insucesso da ventilação não invasiva no serviço de urgência e emergência referenciada do Hospital Estadual de Sumaré. A pesquisa foi realizada por coleta de variáveis utilizando banco de dados e prontuários médicos. Foram analisados 485 pacientes, sendo que destes, 332 (68,4%) se beneficiaram com a técnica de VNI, ou seja, não foram submetidos a uma possível intubação orotraqueal.

Palavras-chave: ventilação não invasiva, insuficiência respiratória.

INTRODUÇÃO

A ventilação não invasiva (VNI) é conhecida desde os anos 30, mas passou a ser utilizada na década de 80, com a introdução do CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) para tratamento da apnéia do sono (1). Desde então, têm sido a técnica eleita para tratamento da insuficiência respiratória (2,3).

Apesar de seu uso recente, o grande número de pesquisas clínicas (séries de casos, ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e consensos), tornaram sua aplicação mais "baseada em evidências" do que qualquer outra intervenção para suporte ventilatório (3).

A VNI diminui a dispnéia e o trabalho respiratório, melhora a troca gasosa, o que diminui a necessidade de intubação orotraqueal (1). Estudos randomizados ajudaram a definir quando a VNI deve ser usada como primeira opção de tratamento (4), como por exemplo, nos casos de agudização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), exacerbação da asma, edema agudo cardiogênico e casos de insuficiência respiratória hipoxêmica (3).

O uso da VNI reduz o risco de pneumonia nosocomial por manter as barreiras naturais da glote e das vias aéreas superiores (1), além de reduzir o tempo de ventilação mecânica, a necessidade de sedação, o uso de antibióticos, o tempo de permanência na UTI, a mortalidade hospitalar, bem como os custos do tratamento (5 - 7).

O uso das máscaras como interfaces para aplicação da VNI preserva a deglutição, a fala e a tosse. (2,8)

1.1. Técnicas para aplicação da Ventilação Não Invasiva (1,2)

Interfaces

A máscara nasal é a mais confortável, mas há limitações do seu uso em alguns pacientes, pois, ocorre vazamento pela boca. A máscara oronasal/facial é a mais utilizada, esta permite maior volume corrente quando comparada com a máscara nasal. A máscara facial total e o capacete são interfaces mais novas, na tentativa de melhorar o conforto e a tolerância dos pacientes durante a VNI. A máscara facial total diminui lesões de pele e possibilita uma maior pressão inspiratória. Já o capacete, apresenta ruído interno, além de ocorrer reinalação de CO₂.

Modos Ventilatórios e Equipamentos

Os modos de VNI com pressão positiva mais utilizados para o tratamento da Insuficiência Respiratória é o BiPAP (Bilevel Positive Airway Pressure), ou seja, a combinação da pressão positiva inspiratória ou IPAP (Inspiratory Positive Airway Pressure) com a pressão positiva expiratória ou EPAP (Expiratory Positive Airway Pressure), e o CPAP.

Qualquer ventilador mecânico, que não tenha seu funcionamento prejudicado pela presença de vazamento, pode ser utilizado para a ventilação não invasiva.

Os ventiladores específicos para VNI apresentam tolerância ao vazamento, boa sincronia com o paciente, e preço competitivo. Estes ventiladores possuem um único circuito, onde ocorre a inspiração e a expiração.

A CPAP obtida com o gerador de fluxo funciona semelhantemente àquela obtida com ventiladores próprios para VNI.

1.2. Indicações para o uso da VNI (1-8, 10, 11, 13,14)

A VNI é indicada nos casos de hipoxemia, hipercapnia, hipoventilação, broncoespasmo, congestão, pós-extubação, pós-operatório imediato e também como tratamento paliativo.

O paciente apresenta sinais clínicos característicos de insuficiência respiratória como: taquipnéia, uso musculatura acessória, esforço expiratório, tiragem da musculatura intercostal, batimento de "asa de nariz", dispnéia moderada/severa, respiração paradoxal.

1.3. Contra-indicações para o uso da VNI (1-3, 15)

A VNI está contra-indicada nos pacientes que apresentam rebaixamento do nível de consciência (escala de coma de glasgow \leq 12), instabilidade hemodinâmica, obstrução alta, trauma de face, náuseas ou vômitos, pneumotórax não drenado, lesão pulmonar aguda (LPA) ou síndrome da angústia respiratória (SARA), Influenza A (H1N1), pós operatório de cirurgia de vias aéreas superiores e esôfago.

Existem as contra-indicações relativas da VNI (1,2). Os benefícios da VNI devem ser analisados criteriosamente com a equipe interdisciplinar, nos casos de pós-operatório de cirurgia gástrica, por conta da aerofagia.

O sucesso da VNI não só depende dos equipamentos e interfaces, mas também de uma equipe treinada e habilitada para realizar a técnica (9-11)

OBJETIVO

Analisar o sucesso e insucesso da ventilação não invasiva em casos de Insuficiência Respiratória que deram entrada no serviço de urgência e emergência referenciada do Hospital Estadual de Sumaré, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica pela necessidade de analisar as características clínicas que mais influenciam no sucesso e insucesso da ventilação não invasiva e sua repercussão na mortalidade e tempo de internação dos pacientes internados na unidade de urgência e emergência do Hospital Estadual de Sumaré, para cada vez mais aumentarmos os casos de sucesso.

SUJEITOS E MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada por coleta de variáveis utilizando banco de dados e prontuários médicos da unidade de urgência e emergência do Hospital Estadual de Sumaré, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

Características gerais da população:

Serão incluídos pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que utilizaram ventilação mecânica não invasiva, internados na unidade de urgência e emergência do Hospital Estadual de Sumaré, no período janeiro de 2008 a dezembro de 2010. Serão excluídos os pacientes que não tiverem dados suficientes para análise.

Os dados coletados foram:

Idade, Data VNI, Diagnóstico, sinais clínicos (Escala de Coma de Glasgow, Frequência respiratória, Uso musculatura acessória, Esforço expiratório, Tiragem intercostal, Batimento de "asa de nariz", Dispnéia moderada, Dispnéia severa, Cornagem, Hipercapnia, Hipoxemia, Hipoxemia, Hipercapnia, Broncoespasmo, Congestão, Edema Agudo Pulmonar, Aumento Trabalho Respiratório, Hipoventilação, Obstrução Alta, Pós Extubação, Pós Operatório); Exame Gasométrico (pH, PaO₂, PaCO₂, HCO₃, BE, SatO₂, Hb); uso de Oxigenoterapia; exame radiológico; técnicas utilizadas (CPAP, BIPAP); tempo de utilização (nº Total de Sessões, Tempo permanência (média/sessão), Total de dias utilizados); sucesso da ventilação mecânica não invasiva (Reversão Total Insuficiência Respiratória Aguda, Reversão Parcial Insuficiência Respiratória Aguda); falência da ventilação mecânica não invasiva (Intolerância do paciente, Piora ou persistência das condições clínicas após dias de VNI); Surgimento de alguma contra-indicação; Outros; Data IOT, Período, Causa(s), Insuficiência Respiratória Aguda Persistente, Obstrução Alta, Instabilidade Hemodinâmica, Neurológica, Outras.

RESULTADOS

Um total de 485 pacientes (tabela 1), homens e mulheres, com quadro de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada foram submetidos à ventilação não invasiva, na unidade de urgência e emergência referenciada do Hospital Estadual de Sumaré, em um período de três anos.

Em 2008, obtivemos um sucesso de 62,64% na técnica de VNI, e 37,36% de insucesso, ou seja, de um total de 174 pacientes, 65 foram submetidos à intubação orotraqueal (IOT). Em 2009, o sucesso foi de 69,38%, e o insucesso caiu para 30,63 %.

Em 2010, 151 pacientes utilizaram a VNI, e 112 desses pacientes se beneficiaram com a técnica, ou seja, obtivemos um sucesso de 74,17%, portanto, apenas 38 pacientes (25,83%) com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, foram submetidos à IOT.

Desta maneira, a taxa de sucesso apresentou uma evolução de 18% entre os anos de 2008 e 2010 (74,17% - 62,64% / 62,64%).

Tabela 1 – análise de sucesso e insucesso da VNI

		2008														
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL		
Total VNI		11	18	22	20	14	12	11	17	11	15	11	15	174		
Sucesso da VNI		7	13	9	17	10	6	6	12	6	8	8	7	109	62,64%	
Falha da VNI (IOT)		4	5	13	3	4	6	5	5	5	7	2	6	65	37,36%	
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Sucesso VNI %		64%	72%	41%	85%	71%	50%	55%	71%	55%	53%	73%	47%			
Falha (IOT) %		36%	28%	59%	15%	29%	50%	45%	29%	45%	47%	18%	40%			
		2009														
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL		
Total VNI		10	15	11	20	9	16	12	11	17	11	17	11	160		
Sucesso da VNI		5	11	8	18	6	11	8	7	13	5	9	10	111	69,38%	
Falha da VNI (IOT)		5	4	3	2	3	5	4	4	4	6	8	1	49	30,63%	
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Sucesso VNI %		50%	73%	73%	90%	67%	69%	67%	64%	76%	45%	53%	91%			
Falha (IOT) %		50%	27%	27%	10%	33%	31%	33%	36%	24%	55%	47%	9%			
		2010														
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL		
Total VNI		17	16	10	7	19	14	9	15	8	14	12	10	151		
Sucesso da VNI		11	15	7	5	15	11	7	8	7	12	7	7	112	74,17%	
Falha da VNI (IOT)		6	1	3	2	4	3	2	7	1	2	5	3	39	25,83%	

O objetivo desse estudo foi analisar o sucesso e insucesso da VNI na unidade de urgência e emergência referenciada do HES, mas com esse trabalho, observamos que em 2010, a taxa de sucesso da VNI apresentou uma evolução de 18% entre os anos de 2008 e 2010. Tal fato pode estar relacionado ao protocolo implantado no início de 2010, o qual foi gerado após análise de nossos dados de dois anos de coleta. O protocolo passou a ser utilizado em nossos pacientes internados na unidade de urgência e emergência referenciada e foi divulgado para toda a equipe interdisciplinar do HES. Além disso, em janeiro de 2010 iniciamos o serviço de fisioterapia noturna e os pacientes submetidos à VNI eram avaliados e atendidos pela fisioterapia durante as 24 horas.

CONCLUSÕES

Através do presente estudo, concluímos que a ventilação não invasiva nos casos de insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, quando utilizada concomitantemente com fármacos, oferece uma melhora rápida do desconforto respiratório e das alterações metabólicas (10), diminuindo o número de intubações orotraqueais (18).

O sucesso da VNI não só depende dos equipamentos e interfaces, mas também de uma equipe treinada e habilitada para realizar a técnica (9-11)

Referências

PLADECK T.; HADER C.; VON ORDE A.; RASCHE K.; WIECHMANN H.W. Non invasive ventilation: comparison of effectiveness, safety and management in acute heart failure syndromes and acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease *Journal of Physiology and Pharmacology*. 58: Suppl 5, 539.549, 2007.

- SCHÖNHOFER, B.; KUHLEN R.; NEUMANN P.; WESTHOFF M.; BERNDT C.; SITTER H. Clinical Practice Guideline: Non-Invasive Mechanical Ventilation as Treatment of Acute Respiratory Failure *Dtsch Arztebl Int.* 105(24): 424-433, 2009.
- SCHETTINO G. et al. Ventilação Mecânica Não Invasiva com Pressão Positiva. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica *J Bras Pneumol.* 33, Supl 2 S 92-S 105, 2007.
- CARVALHO, C. R. R. Ventilação Mecânica. V II. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Ribeirão Preto: Atheneu, 2000. p. 381-390.
- CRUMMY, F.; NAUGHTON, M. T. Non-invasive positive pressure ventilation for acute respiratory failure: justified or just hot air? *International Medicine Journal*, 37,2007. p. 112-118.
- BROCHARD L. Mechanical ventilation: invasive versus noninvasive. *Eur Respir J.* 22 (47): 31s-37s, 2003.
- VITAL F.M.R.; SACONATO H.; LADEIRA M.T.; SEN A.; HAWKES C.A.; SOARES B.; BURNS K.E.A.; ATALLAH A.N. Non invasive positive pressure ventilation (CPAP or BILEVEL NPPV) for cardiogenic pulmonary edema. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010.
- CRAVEN D. E. Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Adults: Sowing Seeds of Change. *Chest* 130: 251-260, 2006.
- GIROU E.; SCHORTGEN F.; DELCLAUX C.; BRUN-BUISSON C.; BLOT F.; LEFORT Y.; LEMAIRE F. BROCHARD L. Association of Noninvasive Ventilation With Nosocomial Infections and Survival in Critically Ill Patients. *Jama* 284 (8), 2000.
- GRAY, A.J.; GOODACRE S.; NEWBY D.E.; MASSON M.A.; SAMPSON F.; DIXON S.; CRANE S.; ELLIOT M.; NICHOLL J. A multicentre randomised controlled trial of the use of continuous positive airway pressure and non-invasive positive pressure ventilation in the early treatment of patients presenting to the emergency department with severe acute cardiogenic pulmonary oedema: the 3CPO trial. *Health Technology Assessment.* 13 (33), 2009.
- PLANT P.K.; OWEN J.L.; PARROT S.; ELLIOTT M.W. C. Cost effectiveness of ward based non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: economic analysis of randomised controlled trial. *BMJ* (326), 2003.
- Rosière J.; Vader J.P.; Cavin M. S.; Grant K.; Larcinese A.; Voellinger R.; Burnand B.; Revely J.P.; Fitting J.W. Appropriateness of respiratory care: evidence-based guidelines *Swiss Med Wkly* 139(27-28): 387-392, 2009.
- NAVA S.; EVANGELISTI I.; RAMPULLA C.; COMPAGNONI M.L.; FRACCHIA C. RUBINI F. Human and Financial Costs of Noninvasive Mechanical Ventilation in Patients Affected by COPD and Acute Respiratory Failure. *Chest* 111: 1631-1638, 1997.
- WINDISCH W.; HAENEL M.; STORRE J.H.; DREHER M. High-intensity non-invasive positive pressure ventilation for stable hypercapnic COPD. *Int J Med Sci.* 6 (2): 72-76, 2009.
- SOMA T.; HINO M.; KIDA K.; KUDOH S. A Prospective and Randomized Study for Improvement of Acute Asthma by Non-invasive Positive Pressure Ventilation (NPPV) *Inter Med* 47: 493-501, 2008.
- AMIB. Recomendações para abordagem racional dos pacientes adultos com complicações decorrentes da nova gripe - H1N1 admitidos em Unidades de Terapia Intensiva Disponível em: WWW.amib.org.br, 2009.
- ELLIOT, M.W. Non-invasive ventilation for acute respiratory disease. *British Medical Bulletin*, 72, 2004. P.83-97.

Avaliação de Tecnologia

P_145_2011 - Viabilidade Econômica-Financeira e Custo Efetividade da Adoção Do PET-CT (Tomografia Computadorizada Por Emissão De Pósitrons) para Tratamento do Câncer.

Ana Cristina Pereira, Anne Charlyne Raviani Mello, Ana Eliza Carvalho dos Santos

Resumo: Os objetivos deste trabalho foram: a) demonstrar a viabilidade econômica-financeira para implantação do PET-CT; b) discutir o custo efetividade da adoção do PET-CT no tratamento do câncer em pacientes do SUS. Metodologia: após revisão bibliográfica, foi elaborado um projeto para implantação do PET-CT com dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Biologia e Medicina Nuclear e Imagem Molecular (SBBMN) e informações do fabricante do equipamento. Resultados: além de ser viável econômica e financeiramente, a cobertura do exame PET-CT pelo SUS é vantajosa, pois a mudança de conduta pós PET levou a uma significativa economia gerando uma redução de 36,52% em recursos.

Palavras-chave: Viabilidade Econômica-Financeira. Custo-Efetividade. PET-CT.

Introdução

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, do total de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo, o câncer foi responsável por 7,6 milhões, o que representou 13% de todas as mortes. Estima-se que em 2020 o número de casos novos de câncer no mundo seja da ordem de 15 milhões, sendo que cerca de 60% deles surgirão em países em desenvolvimento. No Brasil, as estimativas para 2009 apontam que serão mais 466.730 pacientes com câncer. (INCA, 2005).

Um poderoso recurso no tratamento do câncer é a Medicina Nuclear, especialidade médica reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina, que se diferencia por unir o que há de mais moderno em tecnologia com o conhecimento médico, oferecendo aos pacientes oncológicos procedimentos nas áreas de diagnósticos e tratamentos altamente eficientes e precisos.

A Medicina Nuclear se destaca por usar radiofármacos em seus procedimentos, que permite direcionar o exame ou o tratamento diretamente para a área que se deseja estudar, além de fornecer ao médico, imagens claras da anatomia e do metabolismo da área estudada. Os exames são seguros, pois, uma quantidade mínima de material radioativo é administrada ao paciente na forma oral, inalada ou injetada intravenosamente. Estas substâncias são conjugadas a um produto farmacêutico específico que endereça a radiação para o órgão alvo, liberando-a de forma altamente seletiva. A quantidade de material radioativo usado em cada exame é calculada para garantir os resultados mais precisos e limitando, ao mesmo tempo, a quantidade de exposição à radiação que o paciente será submetido. Os exames têm baixo índice de reações adversas, com pouquíssimas contra-indicações e praticamente sem a necessidade de preparo prévio.

Entre os exames de Medicina Nuclear, o mais moderno dos procedimentos é o PET-CT, que combina em um único exame informações fornecidas por dois métodos diagnósticos: o PET (do inglês positron emission tomography ou tomografia por emissão de pósitrons), feito com o radiofármaco fluordeoxiglicose (FDG), e o CT (do inglês computed tomography ou tomografia computadorizada). O PET com FDG ilumina a atividade metabólica do tumor e a tomografia computadorizada registra suas características anatómicas. (MARTINS, et al, 2008).

Justificativa

O PET-CT é um exame que revolucionou a medicina pela tecnologia envolvida e por sua importância estratégica para a saúde da população. Ao promover a mudança da conduta terapêutica, a introdução da PET-CT evita a realização de procedimentos desnecessários e se traduz em melhora no tratamento dos pacientes e em economia significativa de recursos financeiros. A maioria dos procedimentos de Medicina Nuclear é coberta pelo SUS (Sistema Único de Saúde), por convênios médicos e fazem parte da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), porém só recentemente (19/10/10), o setor de Medicina Nuclear do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), passou a oferecer este exame aos pacientes do SUS.

Julga-se que o tema é relevante, pois trata-se de um estudo que discute se a adoção do PET-CT no tratamento oncológico, pelo sistema público de saúde, poderá trazer benefícios tanto do ponto de vista econômico quanto do ponto de vista do paciente ao oferecer uma melhor qualidade de vida durante o processo de tratamento.

Objetivos

Os objetivos deste trabalho foram: a) demonstrar a viabilidade econômica-financeira para um projeto hipotético de implantação do PET-CT; b) discutir o custo efetividade da adoção do PET-CT no tratamento do câncer em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Métodos

Como base no critério de classificação proposto por Vergara (2007), esta pesquisa:

- quanto aos fins, trata-se de uma pesquisa descritiva, pois buscou-se descrever e investigar a viabilidade econômica-financeira da implantação do PET-CT em tratamentos oncológicos e analisar o respectivo custo-efetividade do tratamento com esta tecnologia.
- quanto aos meios de investigação, inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica para subsidiar a construção de um projeto hipotético para implantação do PET-CT. Em seguida foi realizada uma pesquisa documental, objetivando levantar os dados necessários, tais como os custos de aquisição e financiamento do equipamento e demais gastos.

Resultados

Análise da Viabilidade Econômica-Financeira

Para a construção deste projeto hipotético foram utilizados dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Biologia e Medicina Nuclear e Imagem Molecular (SBBMN) e informações junto ao fabricante do equipamento. É importante esclarecer que para este projeto hipotético, optou-se por simular a implantação do PET-CT em hospitais que já tenham integrado um serviço de Medicina Nuclear a fim de minimizar os custos com adequação predial e exigências necessárias para a instalação do equipamento.

Na tabela 01 estão relacionados: o custo para aquisição do equipamento, bem como os gastos necessários para realização do exame PET-CT, contemplando materiais, mão de obra, depreciação e manutenção do equipamento, e rateio dos demais gastos indiretos.

Tabela 01: Gastos para Implantação PET-CT

Valor Total do Investimento	R\$	3.204.000,00
Valor do Equipamento	R\$	2.136.000,00
Outros investimentos 50% (a)	R\$	1.068.000,00
Custos de Propriedade		448.560,00
Manutenção (4% do valor do equipamento)	R\$/ano	128.160,00
Depreciação (depreciado em 10 anos)	R\$/ano	320.400,00
Custos Operacionais		1.660.000,00
02 médicos nucleares (20 horas/semana cada)	R\$/ano	120.000,00
01 tecnólogo	R\$/ano	48.000,00
01 auxiliar de enfermagem	R\$/ano	24.000,00
Materiais/Medicamentos + Descartáveis + Mat. de Limpeza	R\$/ano	10.000,00
Radiofármacos (120 procedimentos/mês)	R\$/ano	1.353.600,00
Energia elétrica + Água + Comunicação	R\$/ano	18.000,00
Proteção Radiológica (40h/mês a R\$ 55,00/h)	R\$/ano	26.400,00
Participação no rateio de despesas (recepção, atendimento e administrativo)	R\$/ano	60.000,00

(a) FOB- Valor referente aos impostos de nacionalização do equipamento.

Fonte: autoras com base informações fornecidas pela SBBMN

Com base nos dados apresentados na tabela 01, foi elaborado o projeto para implantação do PET-CT, consistindo em um fluxo de caixa econômico e financeiro para um período de 5 anos, conforme pode ser visto na tabela 02. Partiu-se da hipótese de realização de 120 exames por mês, totalizando 1.440 exames por ano. Segundo informações coletadas, no sistema privado de saúde, o valor cobrado pelo exame é em média de R\$ 3.000,00. Para o cálculo da receita, estima-se que o SUS pague às clínicas e hospitais credenciados, cerca de R\$ 2.400,00, valor este, utilizado na tabela 02.

Em relação à aquisição do equipamento, também partiu-se da hipótese que o mesmo seria adquirido pela empresa com financiamento para ser amortizado em 5 anos pelo sistema de amortização Tabela Price com taxa de juros de 23,87% ao ano.

Tabela 02: Fluxo Econômico-Financeiro Implantação do PET-CT

	Ano 0	Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Compra Equipamento	(3.204.000)					
Receita		3.456.000	3.456.000	3.456.000	3.456.000	3.456.000
Custos						
Mão de Obra		(192.000)	(192.000)	(192.000)	(192.000)	(192.000)
Materiais		(10.000)	(10.000)	(10.000)	(10.000)	(10.000)
Radiofármacos		(1.353.600)	(1.353.600)	(1.353.600)	(1.353.600)	(1.353.600)
Custos Indiretos		(44.400)	(44.400)	(44.400)	(44.400)	(44.400)
Depreciação		(320.400)	(320.400)	(320.400)	(320.400)	(320.400)
Manutenção		(128.160)	(128.160)	(128.160)	(128.160)	(128.160)
Despesas						
Rateio Administrativas		(60.000)	(60.000)	(60.000)	(60.000)	(60.000)
Lucro Tributável	(3.204.000)	1.347.440	1.347.440	1.347.440	1.347.440,00	1.347.440
Depreciação		320.400	320.400	320.400	320.400	320.400
Fluxo Econômico	(3.204.000)	1.667.840	1.667.840	1.667.840	1.667.840	1.667.840
Financiamento	3.204.000					
Amortização	(399.101)	(494.367)	(612.372)	(758.546)	(939.611)	
Juros 23,87% ao ano	(764.794)	(669.529)	(551.523)	(405.350)	(224.285)	
Fluxo Financeiro	2.040.103	(1.163.896)	(1.163.896)	(1.163.896)	(1.163.896)	
Fluxo Econômico Financeiro	(1.163.896)	503.943	503.943	503.943	503.943	1.667.840

Fonte: autoras

Nas condições consideradas neste projeto hipotético, o custo do exame para a empresa é de R\$ 1.158,22. Para fins de simplificação optou-se por elaborar os fluxos de caixa não contemplando a carga tributária, pois existem diversas modalidades de enquadramento tributário. Na prática a empresa deve considerar este item na elaboração dos estudos de viabilidade econômica e financeira.

Analisando os fluxos de caixa expostos na tabela 02, percebe-se que no instante zero, o fluxo é negativo indicando que até completar um ano, a empresa toma o empréstimo para aquisição do equipamento, mas já inicia a amortização deste financiamento. Ao completar um ano, o fluxo passa a ser positivo, ou seja, considerando que a empresa realize 1.440 exames por ano e seja reembolsada pelo SUS no valor de R\$ 2.400,00, consegue fazer frente ao financiamento tomado e ainda tem um resultado positivo. Ao final do quinto ano, tendo a empresa liquidado o financiamento, passa ter um lucro por exame de R\$ 1.241,78.

Após elaboração dos fluxos de caixa, procedeu-se à análise de viabilidade econômica e financeira, considerando um retorno desejado de 15% ao ano. Realizou-se então o cálculo do VPL (Valor Presente Líquido) onde se obtém o valor presente dos fluxos de caixa futuros e se aceita o projeto nos casos em que a somatória destes valores presentes forem superiores ao investimento inicial. (GITMAN, 2004).

$$VPL = \sum_{t=1}^n \frac{FC_t}{(1+k)^t} - II$$

Onde: FC = Fluxo de Caixa, k = taxa de desconto, t = tempo, II = Investimento Inicial

$$VPL = 503.943, + 503.943, + 503.943, + 503.943, + 1.667.840, - \$ 1.163.896, = \$ 1.104.062,$$

(1,15) (1,15) (1,15) (1,15)⁴ (1,15)⁵

O resultado obtido de R\$ 1.104.062,00 indica que todos os fluxos de caixa estimados para ocorrerem ao longo de cinco anos, trazidos à valor presente com uma taxa de desconto de 15% ao ano, são maiores do que o investimento que está sendo realizado no momento da decisão, indicando então que o projeto é econômico e financeiramente viável para a empresa.

Em seguida foi calculado o retorno interno do projeto por meio do cálculo da TIR (Taxa Interna de Retorno). A TIR é um dos métodos mais utilizados pelas empresas e a forma para seu cálculo é a seguinte:

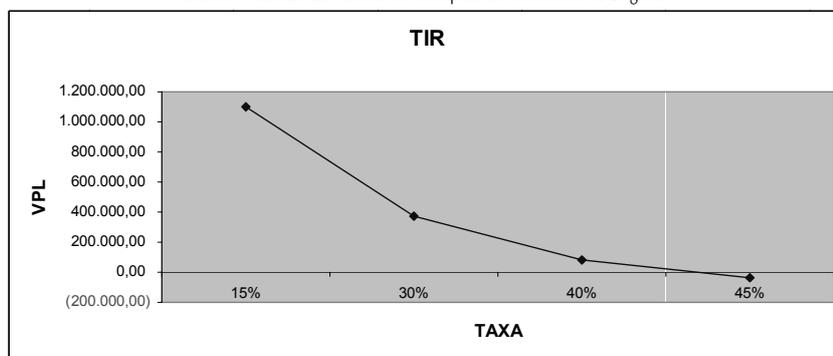
$$\sum_{t=1}^n \frac{FC_t}{(1+TIR)^t} - II$$

Com a TIR procura-se determinar uma única taxa de retorno para sintetizar os méritos de um projeto. Essa taxa é dita "interna", no sentido de que depende somente dos fluxos de caixa de certo investimento, e não de taxas oferecidas em algum outro lugar. Quanto maior a TIR, melhor será o projeto. (GITMAN, 2004).

A lógica da TIR é a de que se o projeto está oferecendo um retorno igual ou superior ao custo de capital da empresa, estará gerando caixa suficiente para pagar os juros e para remunerar os acionistas de acordo com suas exigências. Se a TIR for maior que o custo de capital da empresa, significa que a empresa estará aumentando sua riqueza ao aceitá-lo. O custo de capital da empresa é tido como a taxa de retorno por ela exigida em seus projetos de investimento. É um padrão financeiro para a tomada de decisões.

O cálculo foi elaborado com uma calculadora financeira e também pode ser obtido por meio da adoção de planilhas em Excel®, sendo que o resultado encontrado foi de 43,30%, demonstrando novamente que o projeto é viável, pois a TIR é maior do que o retorno exigido de 15% ao ano. Para melhor compreensão do retorno do projeto, foi elaborado o gráfico 1, simulando diversas taxas de retorno.

Gráfico 1: Cálculo da Taxa de Retorno para diversos Retornos Exigidos



Fonte: autoras

Como pode ser observado no gráfico 1, a medida que o retorno exigido aumenta, o VPL reduz e portanto a TIR de 43,30% é o retorno máximo oferecido pelo projeto, mantida as informações utilizadas para elaboração deste projeto hipotético.

Tendo em vista que a elaboração do projeto considerou dados estimados, convém considerar o risco de que tais estimativas não se confirmem, uma vez que a empresa está inserida num mercado onde determinadas variáveis como as decisões políticas e econômicas do país não podem ser controladas. Oportuno realizar o acompanhamento e decidir quanto à eventuais correções.

Análise de Custo-Efetividade do Tratamento Oncológico com PET-CT

A análise de custo-efetividade mensura o custo em unidades monetárias dividido por uma unidade não monetária, chamada unidade natural, por exemplo, anos de sobrevivida ou sequelas evitadas após vacinação da população. A análise de custo-efetividade é a melhor opção quando se compara duas ou mais intervenções para um mesmo desfecho em saúde. Trata-se da modalidade mais utilizada nas análises econômicas em saúde.

Segundo Kobelt (2002) a estrutura da análise econômica pode ser entendida conforme apresentado na figura 1 a seguir.

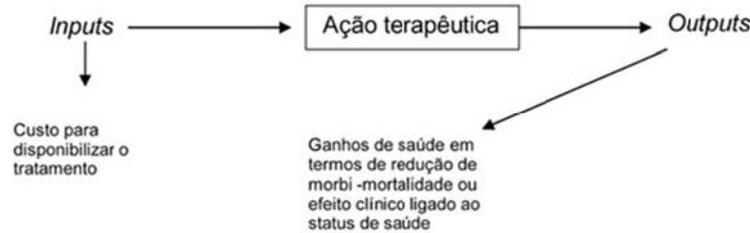


Figura 1 - Estrutura de análise econômica.
Fonte: Kobelt (2002)

O PET-CT permite visualizar o grau de extensão da doença e verificar se o tumor é localizado ou já se já ocorreu a metástase (células malignas invadem a corrente sanguínea). A partir daí, é possível planejar o tratamento, monitorar o tempo de resposta dos recursos aplicados e fazer um melhor controle da doença.

No estudo de Ferreira, et al. (2008), sobre o custo-efetividade para o Sistema Único de Saúde (SUS), foram avaliados prospectivamente 49 casos de pacientes com câncer de pulmão submetidos ao FDG-PET. Desta forma as decisões terapêuticas determinadas por métodos de diagnóstico e estadiamento convencionais foram comparadas ao manejo orientado pelo FDG-PET.

Os custos financeiros médios foram calculados para as seguintes variáveis: período intra-operatório, englobando o procedimento cirúrgico em si e custos referentes à internação e cuidados intensivos, ciclos mensais de radio e quimioterapia e o estudo PET-FDG. Os custos das diárias e procedimentos diagnóstico-terapêuticos foram determinados segundo valores efetivos do ano de 2007 no Hospital das Clínicas – FMUSP, sendo que para cada material ou medicamento utilizado foi alocado o valor médio das últimas três licitações no pregão do Governo do Estado de São Paulo. (FERREIRA, et al, 2008).

Em relação aos 49 casos havia indicação pela avaliação convencional, para realização de 40 cirurgias (R\$ 10.000,00 cada), 9 casos precisavam de quimioterapia (R\$ 5.000,00 cada), 1 caso necessitava radioterapia (R\$ 8.000,00 cada), sendo que, em um dos casos, o mesmo paciente teria que fazer radio e quimioterapia. Com a conduta pós-PET e mudança nos procedimentos, a situação passou a ser a seguinte: 14 cirurgias (redução de 65%), 31 quimioterapia (aumento de 244%) e 4 radioterapia (aumento de 300%). (FERREIRA, et al, 2008).

Considerando o estadiamento proporcionado pelo estudo PET-FDG, foi possível determinar uma economia de 23,8% dos recursos financeiros totais. Portanto, o custo médio individualizado do tratamento proposto pelo estadiamento PET se mostrou inferior ao valor dispendido caso apenas o estadiamento convencional tivesse sido considerado. Assim, a relação de custo-efetividade do programa com PET é de 0,76:1 quando comparada ao programa convencional sem este exame. (FERREIRA, et al, 2008).

Dando continuidade à análise de custo-efetividade, no presente estudo foi utilizada a mesma relação custo-efetividade da pesquisa de Ferreira et al. (2008), adaptando-se a análise para 120 pacientes, conforme apresentado na tabela 03, onde em alguns casos um mesmo paciente recebeu radio e quimioterapia.

Tabela 03: Custos convencionais versus conduta pós-PET

CONDUTA INICIAL			
CIRURGIAS	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	TOTAL
98	22	3	123
R\$ 10.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 8.000,00	
R\$ 980.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 24.000,00	R\$ 1.114.000,00
CONDUTA PÓS-PET			
CIRURGIA	QUIMIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	TOTAL
34	76	12	122
(65%)	244%	300%	
R\$ 10.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 8.000,00	
R\$ 340.000,00	R\$ 380.000,00	R\$ 96.000,00	R\$ 816.000,00

Fonte: autoras adaptado segundo o estudo de Ferreira, et al (2008).

Conforme pode ser observado, a cobertura do exame PET-CT pelo SUS é vantajosa, pois em 120 procedimentos, a mudança de conduta pós PET levou a uma economia de R\$ 298.000,00 mensais, o que significa uma redução de 36,52% que deixou de ser gasto pelo SUS, comparando-se ao tratamento convencional.

Conclusões

Atualmente, as decisões políticas sobre novos programas de saúde e tecnologia são baseadas não somente nos efeitos clínicos, mas também no custo-efetividade, sendo fundamental a análise neste contexto.

Além de economicamente viável, a utilização do PET/CT leva o paciente a uma melhor qualidade de vida e evita dores e desgastes adicionais aos pacientes e familiares já fragilizados, pois a chance de cura depende de um diagnóstico precoce. A inclusão do estudo PET-CT na determinação do estadiamento em câncer permitirá uma melhor gestão dos recursos financeiros, que podem ser alocados para outros programas de saúde.

Referências

- ARAÚJO, E. B.; LAVINAS, T.; COLTURATO, M.T.; MENGATTI, J. Garantia da qualidade aplicada à produção de radiofármacos. Revista Brasileira Ciência Farmacêutica, v.44, n.1, São Paulo, Jan./Mar. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) Manual de Bases Técnicas Oncologia. Brasília, DF, Nov. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Relatório de Gestão – Exercício 2008. Rio de Janeiro, Dez. 2008.
- CAMARGO, E.E. Experiência Inicial com PET/CT. Radiol. Bras., v. 38, n. 1, São Paulo, Jan./Fev. 2005.
- CAMARGO, E.E.; SOARES Jr., J. Justificativa Técnica para Incorporação da Tecnologia PET na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), São Paulo, 2005.
- FERREIRA, R. M. et al. Estudo de custo-efetividade para o Sistema Único de Saúde (SUS) do FDG-PET em câncer de pulmão. Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Biologia, Medicina Nuclear e Imagem Molecular. Vitória - ES, Revista Radiologia Brasileira, v. 41 suppl. 1, p. 94, out. 2008.
- FOSP – FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Boletim do Registro Hospitalar de Câncer. Ano 4, Boletim 20, Março 2004.
- GITMAN, L. J. Princípios de Administração Financeira. 10 ed. São Paulo : Addison Wesley, 2004.

IZAKI, M. I.; CERCI, J. C.; GIORGI, M. C. P.; PRACCHIA, L. F.; BUCCHERI, V.; SOARES J., J.; MENEGHETTI, J. C. Medicina Nuclear Modifica Visão do Câncer. Prática Hospitalar, São Paulo, ano IX, nº 51, mai./jun., 2007. Disponível em: <praticahospitalar.com.br/pratica%2051/pdfs/mat%2011.pdf>. Acesso em: 8 set. 2009.

IZIQUE, C. Diagnóstico de ponta em todos os cantos. Pesquisa FAPESP, Edição Impressa 112, jun. 2005. Disponível em: <http://revistaspesquisa.fapesp.br/?art=2882&bd=1&pg=1&lg=>. Acesso em: 15 out. 2009.

KOBELT, G. Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation. 2nd Edition. 2002. Office of Health Economics.

MARTINS, R.C.; ALMEIDA, S.A.; SICILIANO, A.A.O.; LANDESMANN, M.C.P.P.; SILVA, F.B.; FRANCO, C.A.B.; FONSECA, L.M.B. Valor do FDG[18F]-PET/TC como preditor de câncer em nódulo pulmonar solitário. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.34, ed. 7, Julho 2008.

MENEGHETTI, C. PET – Nova Realidade na Oncologia Brasileira. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia, ano I, n.2, 2º trimestre, 1998. Disponível em: <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/02horizontes.asp?nrev=N%C2%BA%C2%A02>. Acesso em: 12 out. 2009.

MORIKAWA, M.; DEMURA, Y.; ISHIZAKI, T., et al. A efetividade da tomografia por emissão de pósitrons com 18-fluorodesoxiglicose associada à ressonância nuclear magnética por tempo de recuperação de inversão curta para o diagnóstico de comprometimento de linfonodos torácicos. J. Nucl. Med. 2009; 50: 81-87.

SAMANEZ, C. P. Matemática Financeira. Aplicações à Análise de Investimentos. 3 ed. São Paulo : Prentice Hall, 2002.

VERGARA, S.C. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

Avaliação de Tecnologia

P_146_2011 - Metodologia de Avaliação de Incorporação Tecnológica em Radiologia por um Hospital Público Terciário

Daiane da Silva Oliveira, Fabiano Rennó Goulart Siqueira, Antônio José Rodrigues Pereira, Wilson Cobello Júnior, Marisa Madi Della Coletta

Resumo: O modelo proposto visa racionalizar a incorporação de tecnologia em radiologia para um hospital terciário, uma vez que as necessidades de tecnologias avançadas se fazem presente para um Hospital que é responsável pelo atendimento de casos de alta complexidade. O método leva em consideração os seguintes aspectos: evidências científicas de recomendação do método diagnóstico; gestão de equipamentos e engenharia clínica; oferta atual do método na Instituição; análise da demanda reprimida para o método e análise de econômico-financeira da incorporação. O método de análise mostrou-se efetivo em análises de incorporação por sua objetividade e pelo foco em custo-efetividade.

Palavras-Chave: Tecnologia em Saúde, Avaliação Tecnológica, Análise Custo-Efetividade; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A gestão adequada dos recursos públicos é mandatária num Sistema de Saúde Universal como o Brasileiro onde a escassez dos recursos destinados para saúde é a regra e qualquer investimento em uma área resulta numa lacuna assistencial em outra área que pode, muitas vezes, desassistir a quem mais precisa.

A tarefa de administrar os recursos destinados à saúde torna-se cada vez mais complexa, uma vez que os custos com saúde tendem a sempre aumentar dada às peculiaridades do mercado da saúde e ao envelhecimento da população.

No mercado saúde, habitualmente, não ocorre a substituição de tecnologias, mas sim o acúmulo de novas tecnologias sem a obsolescência das mais antigas. Isto é especialmente visível na área de radiologia e diagnóstico por imagem, na qual convivem juntos tanto a radiologia convencional com seus aparelhos de raios-x simples quanto os aparelhos mais modernos de radiologia funcional como a Tomografia por Emissão de Pósitrons PET-CT.

Outro aspecto importante é o epidemiológico que pesa principalmente sobre os serviços terciários públicos que possuem como missão, dada a estrutura hierarquizada na qual estão inseridos, o acompanhamento das patologias mais complexas e, por muitas vezes, crônicas. Para o setor de radiologia, isto impacta na necessidade de um parque tecnológico abrangente o suficiente para atender às expectativas do governo e da sociedade como um todo.

Dessa forma, a avaliação econômica da incorporação tecnológica contextualiza-se no setor de radiologia de um hospital público terciário como uma estratégia de perenidade do serviço devido principalmente ao fato de que existe a demanda por atualização tecnológica constante visando a resolutividade diagnóstica de pacientes de alta complexidade e a necessidade de garantir a sustentabilidade econômico-financeira da Instituição.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVA

Frente a todos esses aspectos surgiu necessidade de criar uma ferramenta de apoio à decisão que racionalizasse a alocação dos recursos destinados à incorporação tecnológica de forma objetiva e com foco na sustentabilidade econômico-financeira da Instituição.

MÉTODO

A metodologia de análise de incorporação tecnológica foi criada há um ano em um hospital terciário universitário de grande porte com aproximadamente quinze mil funcionários e com sete unidades de radiologia e diagnóstico por imagem.

O fluxo proposto prevê que todas as solicitações de aquisição de equipamentos radiológicos sejam avaliadas por uma equipe técnica composta por médicos especialistas em gestão hospitalar e em radiologia, engenheiros clínicos e tecnólogos em saúde. A partir de análise dos seguintes aspectos: tipo de solicitação e justificativa, evidências científicas de recomendação do método diagnóstico, gestão de equipamentos e engenharia clínica, oferta atual do método na Instituição, análise da demanda reprimida para o método e análise econômico-financeira da incorporação, é emitido um parecer à unidade solicitante e à diretoria da Instituição com a decisão a respeito da aquisição. O detalhamento de cada aspecto é exposto a seguir:

TIPO DE SOLICITAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Foram classificadas as solicitações de aquisição segundo quatro justificativas: pode ser uma aquisição para ampliação dos serviços prestados (crescimento), para uma tecnologia ainda não existente no serviço (inovação), ou ainda uma substituição de equipamentos (manutenção). Neste último caso, podemos diferenciar ainda se a substituição é de rotina ou se é crítica (parada de funcionamento do aparelho com prejuízo ou paralisação dos serviços prestados).

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE EFETIVIDADE DOS EQUIPAMENTOS NO DIAGNÓSTICO/TRATAMENTO

A fim de levantar a efetividade de cada modalidade diagnóstica no diagnóstico de afecções de determinada especialidade médica solicitante do equipamento, são levantadas diretrizes clínicas oriundas de revisões sistemáticas realizadas pelas Sociedades Brasileiras das mais diversas especialidades – o chamado Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira. Os procedimentos diagnósticos são elencados com o respectivo grau de recomendação do procedimento. Para cada recomendação de modalidade diagnóstica foi atribuída um peso, sendo 4 para as recomendações de maior evidência científica (A) e, decrescendo gradualmente, até 1 para recomendações baseadas em consensos (D). A correspondência entre o grau de recomendação e a força de evidência científica é descrita a seguir:

- Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência;
- Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência;
- Relatos de casos e estudos não controlados;

- Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

A partir do total de diretrizes analisadas, podemos elencar qual modalidade diagnóstica apresenta um maior grau de recomendação e de utilização.

GESTÃO DE EQUIPAMENTOS E ENGENHARIA CLÍNICA

A equipe técnica realiza uma análise do espaço físico reservado para a instalação do equipamento bem como necessidades de adaptações à estrutura atual para dar suporte ao equipamento. Nesta vistoria são observados aspectos técnicos e estruturais relacionados à instalação do equipamento, tais como: conformidade da área destinada à instalação do equipamento com os parâmetros mínimos recomendados; capacidade da instalação elétrica de comportar a operação do equipamento, assim como necessidades de geradores e no-breaks; capacidade do projeto de refrigeração contemplar a carga térmica do equipamento e reformas estruturais para atender às peculiaridades dos equipamentos como blindagens para radiação ionizante, radiofrequência e magnética entre outras.

OFERTA ATUAL DE EQUIPAMENTOS E DEMANDA REPRIMIDA

A equipe técnica levanta, junto às unidades, a produtividade atual do equipamento existente e, no caso de ampliação dos serviços naquela modalidade, leva em consideração a taxa de utilização do equipamento que é representado pelo número de procedimentos realizados no(s) equipamento(s) atualmente instalado(s) no serviço multiplicado pelo tempo médio do procedimento e dividido pelo tempo total disponível do equipamento no horário de funcionamento. A equipe considera, para efeitos de cálculo, a disponibilidade (up time) do equipamento, se houver o indicador. Não raramente, podemos encontrar a solicitação de um novo equipamento para atender à demanda reprimida quando, na verdade, o atual equipamento está subutilizado por falta de recursos humanos, falhas no fluxo/processo de atendimento ou por manutenção inadequada do equipamento. Esta análise é valiosa no sentido de aperfeiçoar a utilização do equipamento existente antes de partir para a aquisição de um segundo aparelho.

Estimamos a produtividade da modalidade com a instalação do novo equipamento através da análise da demanda reprimida, que é representada tanto pelo número de pacientes que estão na fila de espera para a realização do exame quanto o tempo médio para que o exame seja realizado quando houver normalidade da demanda.

Muitas vezes, nos deparamos com falta de informações, principalmente relativo ao controle da demanda reprimida para uma ou mais modalidades diagnósticas. Nestes casos, a equipe técnica utiliza marcadores indiretos da necessidade de determinada modalidade diagnóstica e demanda reprimida como, por exemplo, o número de reclamações na ouvidoria no quesito tempo de agendamento e vagas disponíveis. A oferta de exames menor que a demanda, além de comprometer a qualidade assistencial do atendimento pela dificuldade de elucidação diagnóstica/seguimento dos pacientes, compromete também a imagem institucional. A partir desta análise, podemos inferir qual é a modalidade diagnóstica que apresenta maior demanda reprimida. O gráfico abaixo demonstra uma das análises feitas pela equipe técnica do número de reclamações realizadas na ouvidoria do hospital.



Gráfico 1 – Reclamações na ouvidoria de demanda superior à capacidade por modalidade diagnóstica

ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA

O principal parâmetro utilizado para a análise econômica financeira da aquisição do equipamento é a sustentabilidade econômica, ou seja, a capacidade do aparelho arcar com seus custos sem onerar outros recursos advindos de outras áreas do hospital. São utilizados como parâmetros para a análise: os últimos valores de aquisição dos equipamentos pautando-se numa vida útil econômica de 05 anos após a data de aquisição do equipamento; os valores de custos de manutenção e recursos humanos quando necessário; os valores de ressarcimento do SUS e dos Convênios para os procedimentos que o equipamento analisado realiza. Também para efeitos de cálculo, foi utilizado o percentual de 25% de convênios na produtividade total de exames.

Quando o equipamento analisado faz uso de medicamentos, contrastes, radiofármacos ou descartáveis, são calculadas as taxas de utilização desses materiais e medicamentos e são contabilizados como custo variável para a determinação do ponto de equilíbrio, ou seja, o ponto a partir do qual o aparelho arca com suas próprias despesas. Por convenção, não foram contabilizados custos indiretos tais como rateios administrativos, para o cálculo da sustentabilidade econômico-financeira.

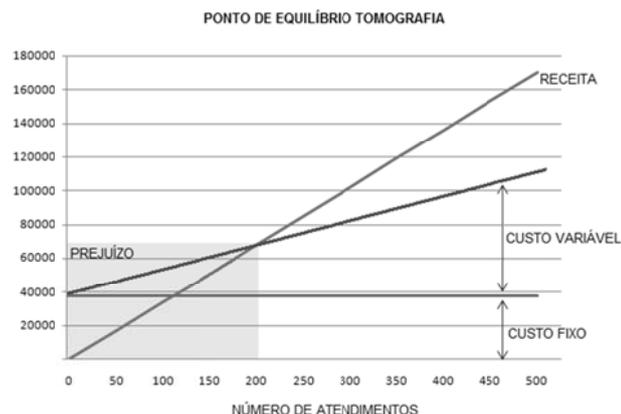


Gráfico 2 – Ponto de Equilíbrio para o equipamento de Tomografia Computadorizada no Hospital

Em uma das análises feitas para a solicitação de aquisição de um aparelho de Tomografia Computadorizada a equipe concluiu que, a partir de 200 procedimentos mês, era possível que o equipamento tivesse sustentabilidade econômico-financeira.

RESULTADOS

Baseados nos critérios expostos acima, a equipe levantou junto a todas as unidades de radiologia e diagnóstico por imagem, as solicitações de aquisições de equipamentos para o ano seguinte. Foram analisadas todas as solicitações e classificadas em três grupos, a saber:

Prioridade I: quando a não aquisição do equipamento está relacionada com a queda da produtividade e prejuízo assistencial e/ou prejuízo financeiro;

Prioridade II: quando a aquisição do equipamento está intimamente relacionada com a ampliação dos serviços prestados e/ou substituição de equipamento que se encontra com disponibilidade adequada pelos critérios estabelecidos;

Prioridade III: quando a aquisição do aparelho não acarretará em aumento comprovado da produtividade e os custos fixos não apresentam sustentabilidade do ponto de vista econômico-financeiro;

Em uma quarta categoria foram colocados os equipamentos que inicialmente haviam sido solicitados, porém, durante a confrontação dos dados com o Médico Radiologista chefe da unidade, não foi evidenciada a necessidade daquela aquisição por parte do mesmo.

O gráfico abaixo mostra o padrão de distribuição dos recursos pleiteados entre as unidades analisadas sob o critério aquisição de equipamentos de Imagem. O valor total era de, aproximadamente, R\$ 11.160.000,00.

VALORES REFERENTES AO INVESTIMENTO EM EQUIPAMENTOS DE IMAGEM 2011 POR UNIDADE

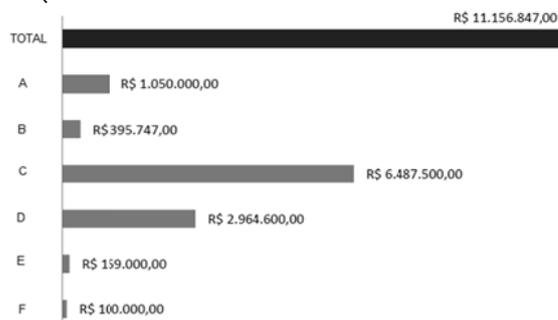


Gráfico 3 – Distribuição dos recursos pleiteados pelas unidades para Equipamentos de Imagem

A seguir, temos o gráfico com a distribuição dos recursos pleiteados entre os Institutos analisados já utilizando o critério de priorização. Temos que 18% do total dos recursos são direcionados para as aquisições de prioridade I, ou seja, críticas.

DISTRIBUIÇÃO DAS SOLICITAÇÕES SEGUNDO PRIORIDADES

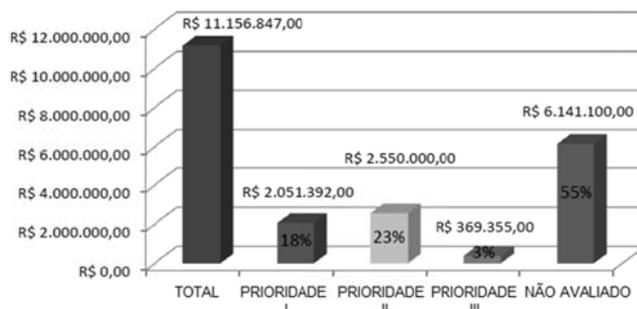


Gráfico 4 – Distribuição dos recursos pleiteados, segundo a classificação de prioridades

CONCLUSÕES

O levantamento realizado nas unidades e os resultados obtidos mostraram que a ferramenta de avaliação de incorporação tecnológica em equipamentos de radiologia e diagnóstico por imagem é suficiente para classificar os equipamentos por graus de prioridade e válida para subsidiar as priorizações nas aquisições, permitindo, assim, uma alocação objetiva dos recursos para que o nível de qualidade assistencial necessária para um hospital terciário de grande porte seja mantido.

Referências

Santos, V.C.C. As análises econômicas na incorporação de tecnologias em saúde: reflexões sobre a experiência brasileira. 2010. 132 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2010.

Silva, K. L. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 501-520, 2003.

Antúñez S, García R. Avaliação de Custos de Vida Útil. Estudo de Caso: Tomografia Computadorizada In: II CONGRESSO LATINOAMERICANO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA, Havana 2001.

Avaliação de Tecnologia

P_147_2011 - Comunicação Virtual: “Rompendo as barreiras da comunicação com o paciente”

Luiz Sérgio Almeida da Silva, Anne Elise de Oliveira Candal, Thaiane da Silva Santos, Miladin Ramos Mihajlovic, Alexandre Mitsuo Mizobe de Ribeiro

Resumo: A partir de uma necessidade identificada junto ao nosso cliente, juntamente com a vontade de promover ampliação dos canais de comunicação existentes na instituição. Foram desenvolvidos dois sistemas a fim de disponibilizar condições de contato remoto dos pacientes hospitalizados com sua rede social através de mensagens direcionadas por uma interface em nosso site. Além de um espaço para registrar e disponibilizar na WEB as primeiras imagens do nascimento dos filhos das mães em nosso hospital, aumentando assim a qualidade dos processos de comunicação em que o paciente esta inserido.

Palavras-Chaves: Comunicação - Mensagem - Virtual - Paciente - Informatização - Berçário

Introdução

“Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente relacional que permita à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si mesmo. O cuidado gera segurança e confiança; possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos. Remeter a pessoa a esse estado é o principal objetivo de cuidar” 1.

Pautados na Política Nacional de Humanização (PNH), a instituição partiu do pressuposto que as pessoas fazem parte de sistemas complexos e interconectados, que abarcam os fatores individuais, familiares, que compõem uma rede de relação com os amigos, a escola, o trabalho e a comunidade.

Um das medidas que a instituição adotou foi à ampliação do horário da visita aberta (presencial), sendo das 09h00 às 19h00 diariamente. Além disso, foram desenvolvidas duas ferramentas de comunicação virtual com o objetivo de estreitar os laços de seus pacientes com sua rede social:

Berçário Virtual - Sistema de Mensagem para Paciente

Vencendo assim barreiras como logística (distância entre a unidade e a sua residência), ou mesmo da sensação de isolamento por estar restrito ao ambiente hospitalar. Essas ferramentas possibilitam que mensagens possam ser encaminhadas e recebidas de qualquer lugar do Brasil ou mesmo de outro País.

Objetivo

Disponibilizar condições que permitam proporcionar a melhoria na qualidade do contato dos pacientes hospitalizados com sua rede social, fortalecendo seus laços familiares e afetivos, de maneira que este contato favoreça o seu processo no cuidado de forma integral.

Metodologia e Desenvolvimento

O Berçário Virtual e o Sistema de Mensagem estão disponíveis no site do hospital:

Berçário Virtual: Ao dar entrada no Alojamento Conjunto, logo após o parto, é oferecida aos pais a possibilidade de participação de seu filho no Berçário Virtual, de forma gratuita. Ao aceitar, os pais assinam a autorização de uso de imagem específica (em anexo) e são feitas três imagens do bebê. Essas imagens, juntamente com os dados básicos de nascimento (nome, data, hora, peso, altura, nome do pai e da mãe) são registradas no sistema e geram uma senha que é entregue aos pais. Esta senha pode ser distribuída por eles a sua rede social e familiar para que, por meio do site do HRC, essas pessoas possam conhecer “em primeira” mão o novo membro da família e deixar uma mensagem. Diariamente a equipe administrativa do setor acessa o sistema, imprime as mensagens e entrega à mãe. Durante trinta dias o “berço” do bebê fica acessível virtualmente, após este período é feita a impressão de todo o material (fotos, informações e mensagens) e encaminhada por correio para a mãe/pai, como registro/lembrança dos primeiros dias de vida do bebê.

Para estimular a participação panfletos (em anexo) são distribuídos na admissão obstétrica e um banner fica exposto no Alojamento Conjunto (anexo).

Sistema de Mensagem de Paciente: Ao ser admitido na unidade de internação, durante o acolhimento de enfermagem, é informada ao paciente, por meio de um panfleto explicativo (anexo), a possibilidade de contato de seus familiares e amigos por meio do site. Qualquer pessoa pode entrar no sistema e encaminhar uma mensagem a um paciente internado, para isso basta acessar o site, informar seus dados pessoais (nome completo, telefone, email e CPF) e indicar o nome do paciente, unidade de internação e leito. Diariamente a equipe administrativa da área acessa o sistema, imprime as mensagens e entrega aos pacientes. Para estimular a participação um banner fica exposto e panfletos (em anexo) são distribuídos na entrada de visitante.

O desenvolvimento e a operacionalização dos sistemas: Os sistemas foram desenvolvidos pelos Serviços de Tecnologia da Informação e de Comunicação que antes da implantação, capacitaram a equipe de apoio administrativo das unidades que operacionalizam os sistemas no dia a dia.

Interface de Cadastro de Mensagens via WEB (Internet):

Figura (1) – Tela de Cadastro de mensagens (Sistema de Envio de Mensagens)

Interface de Gerenciamento das Mensagens Enviadas:



Figura (2) – Tela de Consulta de Mensagens Impressas (Sistema de Envio de Mensagens)

Interface de Impressão da Mensagem (Entregue ao paciente na beira do leito):

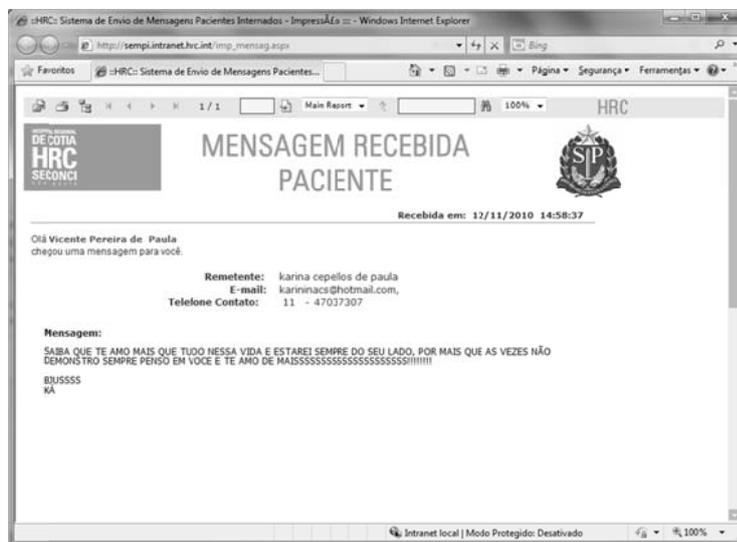


Figura (3) – Tela de Consulta de Mensagens Recebidas Pelo Paciente (Sistema de Envio de Mensagens)

Interface do Gerenciamento do Sistema de Berçário Virtual:



Figura (4) – Tela de Consulta de Pacientes do sistema do berçário virtual

Exemplo: Perfil de um bebê no Sistema de Berçário:



Figura (5) – Tela de Consulta de “bebês” no sistema de Conclusão

O Berçário Virtual e o Sistema de Mensagens para Pacientes internados teve a sua implantação piloto em Maio/2010, tendo apresentado números bem expressivos, desde então já foram divulgados por meio do berçário virtual mais de 375 perfis de nascimentos cadastrados, além do registro das fotos daquele momento, mais de 240 mensagens foram enviadas para os pacientes internados até Dezembro/2010. A importância desses canais de comunicação é percebida pela manifestação dos próprios pacientes, que se sentem mais fortalecidos, confiantes e serenos, fornecendo através desse mecanismo uma forma de avaliarmos a qualidade desse serviço prestado:

Sobre o berçário virtual:



“Logo que vim pra este setor do hospital, a equipe administrativa ofereceu para fazer as fotos do bebê e colocar na internet. Minha prima estava aqui, recebeu a senha e, quando chegou em casa, logo acessou e mandou um recado. Gostei muito!”

(Patrícia Torres de Oliveira – Leito H16.2 Alojamento Conjunto – 18/11/10).



Sobre o sistema de mensagem para paciente:

“Eu adorei! Recebi um recado de um grande amigo, da igreja. A esposa dele me visitou, mas ele não pôde vir. Mesmo assim, mandou seus votos de melhoras pela minha saúde. Fiquei muito feliz com o recado”. (Paciente Maria Fernandes da Silva – Leito G12.1 Clínica Médica – 18/11/10).

No caso do Berçário Virtual, é possível ainda perceber a emoção das famílias em poder dividir este momento tão especial com mais pessoas, especialmente quando seus familiares estão em lugares mais distantes.

1HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização, - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P:8

Anexos (Utilizados na divulgação do projeto):



HOSPITAL REGIONAL DE COTIA HRC SECONCI AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM BERÇÁRIO VIRTUAL

Cotia, ____ de ____ de 20__

Pelo presente termo, com base na lei que regula os direitos autorais nº 5.988 de 14 de dezembro de 1973, Eu _____ RG nº _____ AUTORIZO a veiculação das imagens e informações de meu recém-nascido no Berçário Virtual do Hospital Regional de Cotia Secenci – SP na internet.

Estou ciente que o perfil do meu bebê estará disponível no Berçário Virtual do HRC durante 30 dias, a partir da data da sua publicação. Após este período, as informações, mensagens e fotos serão completamente apagadas do banco de dados. As fotos estarão disponíveis exclusivamente para visualização na internet.

OBSERVAÇÃO: A cópia do perfil disponível no berçário virtual do HRC, com as mensagens recebidas, será enviada pelo correio ao endereço cadastrado no sistema do hospital, após a alta materna e/ou do RN.

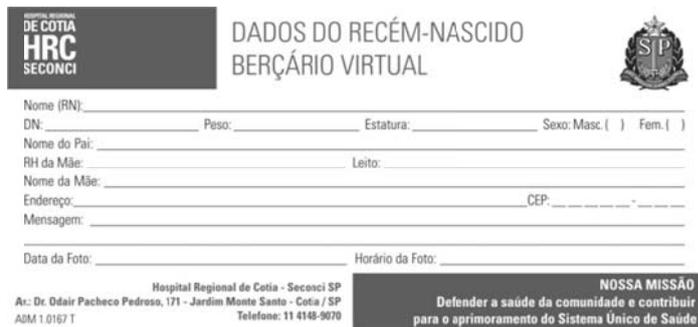
Esta autorização é feita a título gratuito, universal e total.

Nome: _____
 RH: _____
 CPF: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____

Hospital Regional de Cotia - Secenci SP
 Av. Dr. Odair Pacheco Pedrosa, 171 - Jardim Monte Santo - Cotia / SP
 ADM 1.0167 T

NOSSA MISSÃO
 Defender a saúde da comunidade e contribuir para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde

Figura (6) – Formulário de Autorização de Uso de Imagem do Berçário Virtual



HOSPITAL REGIONAL DE COTIA HRC SECONCI DADOS DO RECÉM-NASCIDO BERÇÁRIO VIRTUAL

Nome (RN): _____
 DN: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()
 Nome do Pai: _____
 RH da Mãe: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ CEP: _____
 Mensagem: _____
 Data da Foto: _____ Horário da Foto: _____

Hospital Regional de Cotia - Secenci SP
 Av. Dr. Odair Pacheco Pedrosa, 171 - Jardim Monte Santo - Cotia / SP
 ADM 1.0167 T Telefone: 11 4148-9070

NOSSA MISSÃO
 Defender a saúde da comunidade e contribuir para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde

Figura (7) – Formulário de Coleta de Dados do Recem Nascidos



Figura (8) – Folder de Divulgação do Projeto de Mensagens



Figura (9) – Cartaz de Divulgação do sistema



HOSPITAL REGIONAL
DE COTIA
HRC
SECUNCI

BERÇÁRIO VIRTUAL

Em qualquer lugar do mundo, seus familiares e amigos poderão conhecer seu lindo bebê por meio do site do Hospital Regional de Cotia.

No berçário virtual do HRC, os bebês recém-nascidos poderão ter suas fotos e dados de nascimento (como peso, altura, sexo, nome e data) divulgados para quem você quiser.

Para participar, consulte a equipe de enfermagem

A distância não vai impedir que pessoas importantes compartilhem com você este momento tão especial

GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

Figura (10) – Cartaz de Divulgação do sistema do berçário virtual

Qualidade e Segurança

P_148_2011 - Importância da Intervenção Farmacêutica na Terapia Medicamentosa de Pacientes Internados em Terapia Intensiva

Daniela Vieira Baldini Batista, Firmino Haag Ferreira Junior, Rosilene Giusti, Fábio Zanerato, José Costa Junior, Lina Sanae Kitagaki Abechaim

Resumo: Objetivo: Demonstrar a relevância da assistência farmacêutica juntamente com a equipe médica através da análise técnica das prescrições, otimizando a terapia medicamentosa dos pacientes em tratamento. Método: Contabilização das intervenções farmacêuticas através de consulta ao anexo "Intervenção farmacêutica" do CTI Adulto e Unidade Coronariana. Resultados: Foram realizadas 211 intervenções farmacêuticas com nível de aceitação de 97,6%. Conclusão: A intervenção farmacêutica em parceria com a equipe multiprofissional no que se refere à terapia medicamentosa, são fundamentais para a assistência de alta qualidade ao paciente, refletindo cada vez mais em tratamentos seguros e efetivos.

Palavras-chave: intervenção farmacêutica; análise de prescrição; farmacêutico clínico.

INTRODUÇÃO

Atualmente é visivelmente notada a ascensão do farmacêutico clínico em âmbito hospitalar. Cada vez mais, o farmacêutico tem incrementado a sua participação em processos farmacoterapêuticos nas equipes multidisciplinares, onde o foco principal é a eficácia na terapia do paciente.¹

Dentre as principais atividades rotineiras efetuadas por um farmacêutico clínico, destaca-se a intervenção farmacêutica.

Na prática da intervenção farmacêutica, o farmacêutico clínico faz a monitorização das prescrições farmacológicas, identifica e resolve os possíveis problemas relacionados com a terapêutica, além de manter uma conduta para a prevenção.³

Essa intervenção ocorre quando o profissional consegue, dentre as suas atribuições, identificar e resolver problemas relacionados a medicamentos e, portanto, promover o uso seguro e racional de medicamentos, proporcionando o sucesso a terapia do paciente e minimizando custos para a instituição hospitalar.²

Dentro dos sistemas de saúde, o profissional farmacêutico representa uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica.⁴ Isso relata a grande importância da atuação do profissional farmacêutico no âmbito hospitalar, especialmente nas unidades de terapia intensiva onde devido às características clínicas do paciente, a complexidade das drogas utilizadas e a grande variação diária das prescrições requerem uma avaliação farmacoterapêutica bastante minuciosa.

Com a intervenção do farmacêutico, os riscos ao paciente são minimizados, as prescrições são otimizadas, assim como, a qualidade da participação farmacêutica nas equipes multidisciplinares.³

OBJETIVO

Demonstrar a relevância da assistência farmacêutica juntamente com a equipe médica através da análise técnica das prescrições, otimizando a terapia medicamentosa dos pacientes em tratamento.

MÉTODO

O estudo tem abordagem observacional a partir de dados apontados pelo farmacêutico em um hospital de médio porte em São Paulo, mais especificamente dentro de um centro de terapia intensiva. Possui característica retrospectiva, não probabilística por contabilização das intervenções farmacêuticas registradas de todos os pacientes que estiveram internados na unidade de terapia intensiva, abrangendo também a unidade coronariana. Na coleta de dados foi utilizado como instrumento norteador, a ficha de intervenção farmacêutica apresentada no apêndice. Foram avaliadas as prescrições médicas de pacientes internados no período de 01 de março a 30 de junho de 2009. Essa análise realizada pelo Farmacêutico consistiu em verificar:

- Falha de prescrição;
- aprazamento das drogas;
- prazo de tratamento com antimicrobianos;
- protocolo de profilaxia com antimicrobianos;
- incompatibilidades farmacológicas e físico-químicas;
- posologia ideal;
- via de administração;
- dose de todas as drogas;
- interações medicamentosas;
- ajustes de dose para pacientes com insuficiências.

RESULTADOS

No período observado, foram realizadas 211 intervenções farmacêuticas, em um total de 2099 prescrições médicas analisadas. O nível de aceitação das intervenções farmacêuticas foi de 97,6%(fig1).

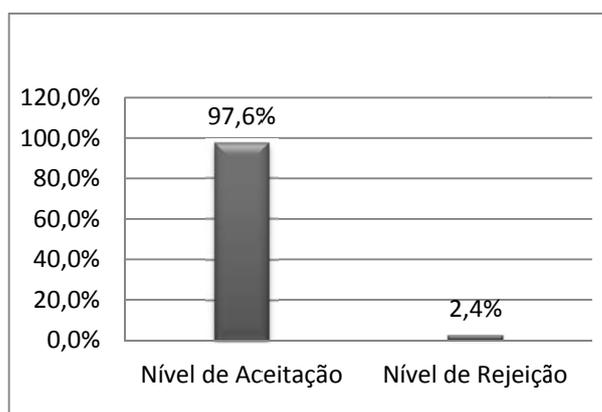


Figura 5 - Nível de Aceitação nas Intervenções Farmacêuticas

As intervenções farmacêuticas caracterizaram-se conforme demonstrado na figura 2.

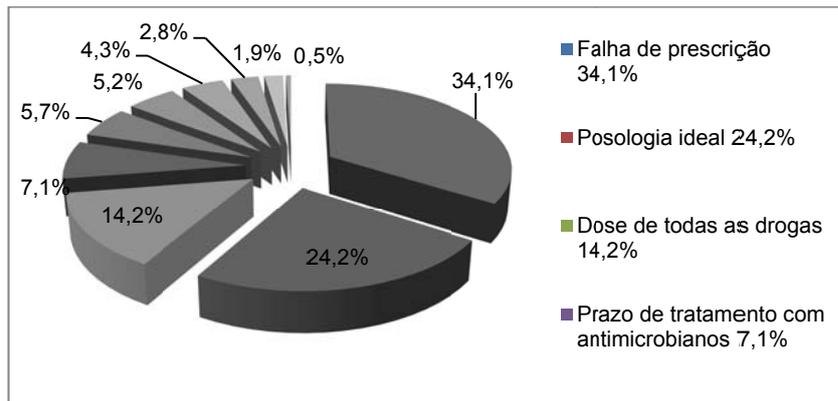


Figura 2.- Percentual das intervenções farmacêuticas realizadas

DISCUSSÃO

As Intervenções Farmacêuticas consistem na necessidade de reavaliação da prescrição por parte da Equipe Médica no intuito de orientar esquemas terapêuticos em especial de Antimicrobianos, assegurando um tratamento farmacológico adequado, efetivo e seguro.

Diante dos resultados, podemos observar a importância da participação do farmacêutico na equipe multiprofissional, tendo em vista que 97,6% das intervenções realizadas reverteram em alterações na prescrição médica e apenas 2,8% não foram aceitas, ressaltando que todas as intervenções farmacêuticas não aceitas foram por impedimento clínico do paciente.

CONCLUSÃO

A intervenção farmacêutica em parceria com a equipe multiprofissional no que se refere a terapia medicamentosa, são fundamentais para o sucesso dos tratamentos instituídos ao paciente, refletindo cada vez mais em tratamentos seguros e efetivos, inserindo o farmacêutico clínico como um diferencial para a assistência de alta qualidade.

Referências

- GARCIA, N. Et al. Evaluación de la integración del farmacéutico en equipos de Atención de unidades de Hospitalización. Revista Farmacia Hospitalaria, Barcelona, V. 26, p.30-39, jan 2002
- Amaral, M.; Amaral, R.; Provin, M.. Intervenção Farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: Uma Revisão. Revista eletrônica de Farmácia, América do Norte, V.1, p.60-66, 2008
- Campany D, Grau S, Monterde J, Marin M, Del Villar JÁ. Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas a través del sistema informatizado de dispensación en dosis unitaria. Revista Farm. Hosp. 1998; 22: 11-15
- Pepe, Vera Lúcia Edais; Castro, Claudia G.S. Osório de. A interação entre prescretores dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. V.16, n. 3, p.815-822, set 2000

Qualidade e Segurança

P_150_2011 - Otimização do Faturamento Hospitalar: aplicação da ferramenta lean

Claudia Raffa, Luis Hernan Contreras Pinochet, Claude Machline, Jéssica L.B.G. de Oliveira

Resumo: Esta pesquisa tem por objetivo apresentar um plano de ação baseado em um dos princípios fundamentais da ferramenta Lean, fluxo de valor, para o faturamento hospitalar especificamente no processo de uma conta hospitalar de paciente que utilizou o centro cirúrgico e OPME (Órtese, Prótese e Material Especial). A metodologia foi baseada no método de pesquisa- ação com coleta de dados primários em hospital de São Paulo. Como resultado percebe-se que o processo de trabalho do setor não ocorre da maneira mais enxuta possível. Conclui-se que a partir da aplicação dos planos de ações será alcançado o processamento enxuto.

Palavras-Chave: Hospital, processos, lean, conta hospitalar

1. Introdução

A Administração se refere à combinação e aplicação de recursos organizacionais – humanos, materiais, financeiros, informação e tecnologia – para alcançar objetivos e atingir um desempenho excepcional. A administração movimenta toda a organização em direção ao seu objetivo ou propósito através de definição de atividades que os membros organizacionais devem desempenhar. Se essas atividades são desenhadas, organizadas, dirigidas e controladas adequadamente, a produção de cada pessoa irá representar uma contribuição do alcance dos objetivos organizacionais. (MOTTA, 2006).

A administração de hoje acontece por meio de processos administrativos que significa uma seqüência de ações que se sucedem para chegar a um determinado ponto. Uma maneira sistemática de se fazer as coisas. É um meio, método ou maneira de conduzir certas atividades. Referimos a administração como um processo para enfatizar que todos os administradores, independente de seus níveis ou funções, se engajam continuamente em certas atividades inter-relacionadas como planejar, organizar, dirigir e controlar – para alcançar objetivos desejados pela instituição. Assim o processo administrativo é o conjunto e seqüências de funções administrativas. (MAXIMIANO, 2007).

Para prestar serviços de assistência à saúde, o hospital tem que dispor de uma estrutura muito variada, tornando este tipo de empresa extremamente complexa. Assim, o hospital costuma manter departamentos especializados tais como: SND (Serviço de Nutrição e Dietética), Lavanderia, Laboratórios, Serviços de Diagnósticos e Imagem, Limpeza Hospitalar, Centro Cirúrgico, Central de Esterilização, UTI s (Unidade de Tratamento Intensivo), Serviços de Hotelaria, Manutenção, Faturamento, Custos, etc. Para lidar com todas essas particularidades, é necessária a adoção de uma gestão administrativa eficaz.

Qualquer setor que esteja ligado com a área de saúde, busca da mesma maneira que empresas de outros segmentos, alcançar as suas metas e obter resultados positivos (lucratividade), mesmo a instituição sendo sem fins lucrativos, onde neste caso a receita colhida é revertida para a própria instituição a fim de cobrir gastos e assegurar a sua sobrevivência empresarial.

O Serviço de Faturamento Hospitalar tem a missão de processar as contas hospitalares dos pacientes atendidos nos diversos serviços do Hospital de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos que tem por objetivo, manter um sistema de controle que obtenha informações e dados necessários para o processamento das contas, emissão de faturas do serviço prestado, análise de relatórios de faturas com correção de glosas realizadas pelas auditorias e manter atualizados e organizados, pelo período de cinco anos, os comprovantes de serviços prestados.

1.1 Objetivos

Apresentar um plano de ação baseado em um dos princípios fundamentais da ferramenta Lean, que é o fluxo de valor, para a área de faturamento hospitalar focando no processo de uma conta hospitalar de paciente internado que utilizou o centro cirúrgico e OPME (Órtese, prótese e material especial) em sua estada no hospital. Demonstrar a importância da aplicação de um dos princípios da ferramenta Lean de gestão que é o fluxo de valor, pretende-se determinar os fluxos que efetivamente geram valor e aqueles que não geram valor, mas são importantes para a manutenção dos processos e da qualidade para o processamento de contas.

2. Justificativa

Os planos de saúde ganham dinheiro recusando-se a pagar por serviços ou restringindo aos segurados o acesso a médicos e hospitais (PORTER; TEISBERG, 2004). A ferramenta citada em questão para a pesquisa do trabalho foi criada pela Toyota a fim de reduzir custos e diminuir processos, assim sendo ela vai ser estudada para uma possível aplicação no setor da saúde. O conhecimento adquirido e acumulado na organização pela transformação das informações apresenta-se como fator preponderante de geração de lucro na economia atual (REIS; ANGELONI, 2006).

Um processo de atendimento que gera consumidores frustrados também gera insatisfação nos profissionais que os atendem. É uma reivindicação do pessoal da saúde um exercício de sua profissão mais rico, mais centrado e mais responsável (LATAS; ROBERT, 2000). Os hospitais interagem fortemente com os planos de saúde para que as despesas com os pacientes sejam pagas integralmente. Predomina uma desconfiança mútua entre os hospitais e os planos de saúde. Esta desconfiança gera custos que são desperdícios.

3. Métodos

Para realização deste trabalho, foi utilizado o método de pesquisa-ação. É um método de pesquisa que busca a resolução de problemas por meio de ações definidas por pesquisadores e sujeitas envolvidas com a situação sob investigação. Objetiva simultaneamente a intervenção, a elaboração e o desenvolvimento da teoria. De acordo com Hugues, (2007), a pesquisa ação é vista como uma contribuição para o processo de tomada de decisão no processo de ação planejada, ela é principalmente uma modalidade de intervenção coletiva, é inspirada nas técnicas de tomada de decisão em que associa atores e pesquisadores em procedimentos conjuntos de ação, que visam um mesmo objetivo, a melhora de uma situação, com base em conhecimentos sistemáticos de seu estado de início e aparada com base em uma formulação compartilhá-la de objetivos de mudanças.

A presente pesquisa é de natureza descritiva como abordagem qualitativa, onde segundo Godoy (1995, p. 62) há uma diversidade existente entre os trabalhos qualitativos e características que são essenciais para se identificar uma pesquisa deste tipo como, o ambiente em que a pesquisa esta sendo realizada deve ser fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental, deve apresentar caráter descritivo, o significado que as pessoas dão as coisas e a sua vida como preocupação do investigador e enfoque indutivo.

A coleta de dados será primário que são aqueles coletados pela primeira vez pelo pesquisador, no caso desta pesquisa, devido à técnica de observação e dados secundários que são aqueles disponíveis ao pesquisador em manuais, regulamentos, normas, indicadores e demais documentos organizacionais.

Entre os dados primários Thiollent (1986) define que a observação participante é uma das possíveis técnicas de coleta de dados na pesquisa-ação. "Observação direta ou participante é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de suas perspectivas e seus pontos de vista" (TRIVINOS, 1992, p. 90).

4. Resultados

O estudo foi realizado analisado o tempo para o processamento de cirurgias eletivas. Para que os resultados fossem obtidos, a pesquisa foi feita através de um levantamento de 30 contas de pacientes cirúrgicos, sendo analisados os tempos levados para o processo, tais tempos podem ser observados nas tabelas abaixo:

Faturista (5 prontuários cada)	Tempo total	Média de tempo total	Média de tempo p/ planilha (> tempo) (min)
1	462	92,4	33,4
2	602	120,4	46,0
3	554	110,8	41,4
4	462	92,4	38,8
5	414	82,8	34,8
6	474	94,8	38,2
Total	2968	593,6	232,6
Média		99	39
Horas		1 h 40'	

Tabela 1 – Média de tempos com o planilhamento feito a mão.

Fonte: Primária

Faturista (5 prontuários cada)	Tempo para a conferência de C.C. (min) (média)
1	17,2
2	23
3	22,8
4	16,8
5	16,4
6	20,2
Média	19,4

Tabela 2 – Indicadores de tempos gastos na conferência de centro cirúrgico pelo faturista.

Fonte: Primária

Contas	Tempo médio de processamento sem a redução
Faturista	
Pac. Cir. eletivo (proced)	5 minutos
Receb. do prontuário (t)	5 minutos

Verificação de Guias (t)	10 minutos
Planilha de Mat e Mad (t)	34 minutos
C.C. verificação (t)	24 minutos
OPME e honorários (t)	10 minutos
Lanç. da tx da sala (t)	10 minutos
Tempo de impressão	2 minutos
Total tempo médio	100 minutos

Tabela 3 – Tempo médio de processamento das contas sem a redução dos processos.

Fonte: primária

Contas	Tempo médio de processamento c/ redução de processos
Faturista	
Pac. Cir. eletivo (proced)	5 minutos
Receb. do prontuário (t)	5 minutos
Verificação de Guias (t)	15 minutos
OPME e honorários (t)	15 minutos
Tempo de impressão	2 minutos
Total tempo médio	42 minutos

Tabela 4 – Proposta de nova tabela de processamento de contas com a possível redução dos processos e novo tempo gasto.

Fonte: Primária

Foram levantados os principais problemas com o tempo gasto pelas faturistas no processamento da conta.

O processo no faturamento é realizado da seguinte maneira os prontuários chegam ao setor e são divididos por convênio, colocado em armários com uma faixa vermelha (que significa contas a faturar) e distribuídos para os funcionários, assim sendo cada um deles pega o que lhe é devido e junta com o restante da documentação do paciente que está em um armário do faturamento, caso a conta seja uma parcial, caso contrário apenas o prontuário. O faturista pega a conta para analisar, em primeira situação este prontuário é montado na ordem correta, após isso é verificado se o paciente passou pelo centro cirúrgico ou não, se permaneceu em UTI, ou não ou até mesmo se é apenas uma conta clínica.

Feito esse processo o faturista vai verificar se a conta possui guia com as autorizações, e em caso cirúrgico se utilizou OPME e se está autorizado é feito a mão uma planilha para que eles possam colocar todos os materiais e medicações que estão prescritas pelo médico e checadas pela enfermagem. Contas com centro cirúrgico é feita toda a análise de materiais e medicamentos utilizados dentro do centro cirúrgico e a conferência com o que já está lançado no sistema. O faturista verifica item por item do C. C. e analisa se os materiais de OPME estão lançados na conta e com valor de nota fiscal acrescidos de taxa de comercialização, após isso é feito o lançamento de tudo que foi planilhado e de todos os materiais e medicamentos lançados nas taxas de sala. A conta é impressa. As contas que estão faltando guias, taxas da sala, notas fiscais e hemodinâmicas, são processadas normalmente e colocadas em um armário com uma faixa amarela (que representam contas que estão com algum tipo de pendência), e quando são solicitadas as pendências e resolvidas à conta volta para o faturista, caso a conta esteja completa ela vai para o armário verde (contas que estão prontas para serem encaminhadas para o convênio ou para a auditoria).

Para a aplicação de ferramenta Lean é necessário em primeiro lugar apresentar os principais problemas levantados, ou seja, a descrição da situação, os faturistas têm a maior perda de tempos no processamento de conferência de Centro cirúrgico e as planilhas que são feitas a mão para a análise do prontuário e as checagens da enfermagem. O tempo total para o processamento de uma conta com paciente internado e centro cirúrgico é de em média uma hora e quarenta minutos, sendo que dentro destes estão os tempos perdidos e os retrabalhos que são feitos.

Em uma próxima situação podemos analisar alguns tipos de desperdícios e retrabalhos que estão sendo feitos no processamento. O excesso de produção é o primeiro tipo de desperdício que vão verificar, ou seja, há no faturamento um grande volume de contas a serem processadas que podemos chamar do "nosso estoque de produção" e que utilizam de processos longos e retrabalhos para que se obtenha o produto final (a conta); outro tipo é o tempo gasto no processamento que como já levantado é de uma hora e quarenta minutos; os retrabalhos que foram observados é em decorrência dos faturistas que acabam por perder tempo na conferência de processos que devem ser feitos e de responsabilidades de outros setores, como as conferências de centro cirúrgico. As planilhas feitas para a conferência de materiais e medicamentos também entra como um tempo a ser desperdiçado; processos ineficientes podem apresentar problemas no resultado final, entretanto, a farmácia do centro cirúrgico deve apresentar o seu processo com a máxima eficiência possível, para que não haja o retrabalho na nova conferência no faturamento.

Com relação aos OPME, não devem estar havendo lançamentos manuais pelas faturistas, uma vez que um lançamento incorreto, pode dar alteração de estoque e cobranças de preços a menor ou a maior de acordo com a nota fiscal.

Fazendo a análise da situação, do processo e dos tipos de desperdícios, são propostos alguns planos de ação para a redução dos tempos. Como por exemplo:

What	O que	Padronização de quantidades de materiais descartáveis para cada tipo de procedimento realizado no Centro cirúrgico.
Who	Quem	Os chefes de setores como: auditoria, farmácia, TI (informática) e equipe médica.
When	Quando	Período de 2 meses
Where	Onde	Faturamento, Auditoria e Centro cirúrgico.
Why	Por que	Para a redução dos tempos com planilhas que são feitas a mão, evitando retrabalhos, que já devem ter sido feitos pelos técnicos de enfermagem circulantes de sala e auxiliares de farmácia (com os lançamentos na conta).
How	Como	Com a coordenação do chefe do setor de auditoria deve-se criar tabelas em excel, onde vão ser localizados os procedimentos que foram realizados, e dentro de cada um deles estar descritos uma quantidade padrão de materiais descartáveis que são utilizados para cada tipo de procedimentos.
How Much	Quanto	Sem custo, atribuição para o chefe de setor de auditoria em parceria com a farmácia e a equipe médica.

Tabela 5: Plano de ação

Fonte: primária

What	O que	Materiais e medicamentos que são utilizados dos andares pelos pacientes, realizados no período de internação de paciente.
Who	Quem	Equipe de enfermagem, chefes dos andares e farmácia.
When	Quando	Período de 2 meses
Where	Onde	Andares de internação
Why	Por que	Para a redução do processo de faturamento das contas e a diminuição dos desperdícios de trabalho com a contagem das checagens da enfermagem feita pelo faturista responsável pela conta.
How	Como	Aplicando a mesma técnica utilizada dentro do centro cirúrgico, onde serão dadas caixas transparentes, identificadas de acordo com o leito de cada paciente, para que as embalagens de tudo que foi utilizado pelo período de cada plantão sejam guardadas, para que posteriormente seja lançado através do código de barras direto na conta do paciente, tudo o que realmente foi utilizado. Para que isso de fato funcione é necessário, juntamente com o recursos humanos, realizar treinamentos para a equipe de enfermagem e auxiliares de farmácia satélite a importância que as embalagens guardadas têm para a receita final do hospital. Os treinamentos devem ser feitos reciclagem a cada 3 meses para reforço da informação.
How Much	Quanto	Custos com treinamentos, novas caixas transparentes, leitores de código de barra e a etiquetagem de todos os materiais e medicamentos existentes na farmácia.

Tabela 6: Planos de ação

Fonte: primária

5. Conclusões

A ferramenta que foi levantada no trabalho foi um dos princípios da Lean e, de acordo com todo o processamento das contas de pacientes que ficam internados e utilizam centro cirúrgico de maneira eletiva junto com OPME, estão de maneira desorganizadas e causando um acúmulo de tempo e retrabalhos, não valorizando o fluxo que deve ser valorizado.

Conforme pesquisa levantada com seis faturistas que estavam fazendo cinco prontuários cada uma, foi feito a divisão dos tempos gastos em cada processo e avaliado se nos processos em que os tempos foram maiores gastos o que poderia ser feito. Pode-se concluir que há retrabalhos e a falta de confiança nos processos que estão fora do setor de faturamento, como da farmácia, do setor de guias, do centro cirúrgico. Para os planos de ações criados foram feitas alterações que podem reduzir o tempo de faturamento de uma conta de paciente internado com centro cirúrgico de cem minutos, ou seja, uma hora e quarenta minutos, que é o tempo gasto, para quarenta e dois minutos o tempo de processamento desta mesma conta. Chega-se a esse valor reduzindo do tempo médio por prontuários sem as alterações dos planos de ações, os tempos perdidos com o planilhamento de materiais e medicamentos feitos a mão e a conferência pela segunda vez dos materiais e medicamentos utilizados no centro cirúrgico.

Foram criados alguns planos de ação para as melhorias de redução de tempo, que devem ser feitas junto com o Kaizen que foi feito dentro do centro cirúrgico com o objetivo de se reduzir processos e agilizar o processamento das contas do faturamento, com o setor de guias também foi feito para que os três setores consigam caminhar juntos e fazer o objetivo principal do faturamento que é gerar receita, com maior assertividade, produtividade, qualidade e em menor tempo possível.

Referências

- ROTTA, C. S. G. Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial. 2004. Tese (doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- PEREIRA, M. F. Mudanças Estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. Revista de administração de empresas, São Paulo, v. 40, n. 3 p. 83-86, jul- set. 2000.
- DRUCKER, P. Desafios gerenciais para o século XXI. São Paulo: Pioneira, 1999.
- ALVES, A. Fontes de financiamentos e eficiências em dois hospitais privados filantrópicos paulistas: um estudo de caso. 1998.
- CERTO S. C.; Peter, J. P. Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia. São Paulo: Makron Books, 1993.
- ALLEN, R. O processo de criação da visão. HSM Management, São Paulo, n. 9, p. 18-22, jul.-ago. 1998.
- Leeds Castle Meeting, Medical Care, Philadelphia, v. 39, n. 8. Supplement II, 2001.
- MALIK, A. M.; Schiesari, L. M. C. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. 2 ed. São Paulo: Fundação Peiropolis; Faculdade de Saúde Pública, 2002.
- MALIK, A. M.; Pena, F. P. M. Administração estratégica em hospitais. São Paulo: Escola de administração de empresas de São Paulo da fundação Getúlio Vargas, 2003.
- REIS, A. C. C., 2004, Implementação da Manufatura Enxuta na General Motors do Brasil : Avaliação do Desdobramento do Plano de Negócios na Planta S-10, Dissertação de Mestrado, Univ. de Taubaté, Taubaté, São Paulo, Brasil.

Qualidade e Segurança

P_151_2010 - Medidas Implantadas no Hospital Regional de Cotia Visando a Segurança do Paciente Cirúrgico

Vanessa Dutra Ormundo Fernandes, Rita de Cássia Gomes da Silva, Kely Alessandra Soares Ramos Albuquerque, Vivian Prudêncio Andrade, Ana Cristina Oliveira Bezerra de Menezes

Resumo: INTRODUÇÃO: O Check List e o Time Out são práticas internacionais baseadas em evidências, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para prevenção de erros em cirurgias. Essas medidas compõem a política de cirurgia segura, que consiste na adoção de barreiras para mitigar eventos adversos. A revisão sistemática desses dados com a equipe e com o paciente, do nome, jejum, doenças pré-existentes, alergias, retirada de adornos, próteses e peças íntimas, assinatura do termo de consentimento para procedimentos invasivos, marcação do sítio cirúrgico, especificando a lateralidade, são as principais medidas utilizadas na admissão no Centro Cirúrgico e Obstétrico. OBJETIVO: Garantir a segurança do paciente cirúrgico, adotando práticas baseadas em evidência. METODOLOGIA: Na unidade de origem a equipe preenche o “Check List para Encaminhamento do Paciente ao Centro Cirúrgico”, o mesmo é conferido na admissão com a participação do paciente. Dentro da sala operatória ocorre uma checagem e registro dos itens de segurança cirúrgica. A sistemática adotada é realizada em diferentes momentos do perioperatório pelo circulante de sala, sob supervisão do enfermeiro e conferido em voz alta com a participação do cirurgião, anestesista e paciente. RESULTADOS: Desde que o SECONCI assumiu a administração do Hospital Regional de Cotia em outubro de 2007, não houve cirurgias em paciente ou sítio cirúrgico errado. CONCLUSÃO: A adoção de iniciativas para a segurança do paciente cirúrgico mitiga a ocorrência de eventos adversos e contribui para o trabalho integrado da equipe multiprofissional.

Descritores: Time Out. Cirurgia Segura

INTRODUÇÃO

O Serviço Social da Construção Civil (Seconci – SP) em outubro de 2007 passou a administrar o Hospital Regional de Cotia, desde então focando a qualidade e a segurança do paciente cirúrgico.

Segurança do Paciente é a redução e a mitigação de atos não seguros no sistema de assistência à saúde, assim como a utilização das melhores práticas que conduzem a resultados ótimos para o paciente¹. Esse tema emergiu nos últimos anos devido a relevância do assunto que é significativamente problemático para a Saúde Pública.

Um procedimento cirúrgico é considerado um momento crítico que exige de toda a equipe uma boa comunicação e segurança em todas as etapas do processo. Mesmo os procedimentos mais simples envolvem dezenas de etapas críticas, cada uma com oportunidades para falhas e com um grande potencial para causar injúrias aos pacientes.

Pesquisas demonstram que cuidados simples, como a checagem das informações clínicas do paciente, do órgão a ser operado e dos equipamentos médicos disponíveis, podem fazer a diferença entre o sucesso de uma cirurgia e o início de uma série de complicações para o paciente.¹

A instituição buscando aprimorar os seus serviços adotou medidas para assegurar cirurgias, procedimentos e exames invasivos em pacientes e local correto.

JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que por ano ocorram 234 milhões de cirurgias e aponta que no mínimo sete milhões de pacientes que passam por essas cirurgias sofrem complicações em todo o mundo². Pelo menos um milhão de pessoas morre durante ou imediatamente após um procedimento cirúrgico.

Cirurgias ou procedimentos invasivos em locais ou membros errados são eventos adversos graves totalmente previsíveis decorrentes de falhas na comunicação, informação, falta da marcação do local da cirurgia ou do procedimento invasivo.

Para evitar essas complicações é imprescindível que a equipe trabalhe efetivamente unida para usar seus conhecimentos e habilidades em benefício do paciente cirúrgico com o objetivo de prevenir consideravelmente os problemas que ameaçam a vida do cliente.

OBJETIVOS

GERAL

Garantir a segurança do paciente cirúrgico, com a adoção de práticas baseadas em evidência.

ESPECÍFICO

Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto.

MÉTODOS

Para garantir a segurança do paciente no Hospital Regional de Cotia e documentar as ações são aplicadas pela equipe duas medidas:

- Na unidade de origem do usuário a equipe preenche um Check List (Anexo 1) para Encaminhamento do Paciente Cirúrgico. O paciente só poderá ser transportado ao Centro Cirúrgico após ter seus itens de segurança conferidos, tais como: avaliação pré-anestésica, anamnese, exame físico, termo de consentimento livre e esclarecido da cirurgia e da anestesia, marcação cirúrgica e entre outros.

- Na admissão no Centro Cirúrgico, a equipe de enfermagem verifica em conjunto com a equipe cirúrgica e na presença do paciente os dados de identificação, os impressos institucionais devidamente preenchidos e anexados no prontuário e a marcação do sítio cirúrgico para os procedimentos que envolvam múltiplas estruturas ou lateralidade.

Na sala cirúrgica na presença dos cirurgiões e do anestesista, a equipe de enfermagem realiza o Time Out (Anexo 2), que consiste em uma pausa cirúrgica para verificar novamente todos os itens de identificação do paciente, assim como do procedimento a ser feito realizado de forma audível para todos os profissionais envolvidos.

Antes da indução anestésica é citada a parte do corpo a ser operada e a disponibilidade de exames e equipamentos necessários. Há também a apresentação de todos os membros da equipe e a discussão de tempos críticos do procedimento. A cirurgia só deve ser iniciada após essa conferência.

Para o término da cirurgia, a equipe de enfermagem faz a contagem de compressas e gazes antes do fechamento da cavidade, registra e comunica o resultado em voz alta aos cirurgiões, identifica peças para a anatomia patológica, confirma verbalmente o procedimento realizado e revisam os principais cuidados para o pós-operatório imediato.

Todas as etapas são registradas em um painel nas salas operatórias para facilitar a comunicação.

RESULTADOS

Desde que o SECONCI assumiu a administração do Hospital Regional de Cotia, no período de outubro de 2007 a outubro de 2010, foram realizadas 11947 cirurgias e não ocorreu nenhum evento adverso grave.

CONCLUSÕES

Os eventos adversos graves, relacionados à cirurgia, podem ser agrupados em cinco categorias: 1) cirurgia realizada em local errado, 2) cirurgia realizada em paciente errado, 3) procedimento cirúrgico errado, 4) retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia e 5) morte no intra-operatório ou pós-operatório imediato, em paciente classificados como ASA I.3

Em um estudo realizado em 2005⁴, para verificar esses eventos graves, verificou que as cirurgias em local errado e no paciente errado ocorrem em cerca de 1 em 50.000 – 100.000 procedimentos nos Estados Unidos, o equivalente a 1.500 – 2.500 incidentes por ano.

Neste mesmo ano, uma análise de 126 casos de cirurgias em sítio errado ou paciente errado revelou que 76% foram realizados no local errado, 13% no paciente errado e 11% envolveram o procedimento errado.

A adoção de iniciativas para a segurança do paciente cirúrgico mitiga a ocorrência de eventos adversos e contribui para o trabalho integrado da equipe multiprofissional.

Medidas simples e baratas como o checklist, quando aplicados de forma rigorosa e sistemática têm resultados fantásticos: proporcionam cirurgias mais seguras. Os cuidados tomados antes, durante e após uma cirurgia, podem representar a diferença entre uma boa e má qualidade de vida do paciente a partir dali, ou até mesmo entre a vida e a morte dele.

Referência

Haynes AB et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal Medical*; 2009;360:491-9.

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

Kizer KW, Stegun MB. Serious Reportable Adverse Events in Health. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality Publication; 2005 apud Vendramini, RCR et al. Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. *Revista Escola Enfermagem USP*, 2010, vol.44, n.3 pp. 827-832.

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009. Pp. 28

Anexo I

HOSPITAL REGIONAL DE COTIA
HRC
 SECONCI

Hospital Regional de Cotia - SEDONCI SP

Check list - ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE AO CCO

Preencha os campos abaixo de acordo com a etiqueta de identificação

Nome: _____
 RH: _____
 Data: ____/____/____

Unidade de Origem: _____

<input type="checkbox"/> Nome e cirurgia do paciente	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme
<input type="checkbox"/> Jejum (8 horas líquidos e 8 horas sólidos)	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme
<input type="checkbox"/> Questionar doenças pré-existent	
<input type="checkbox"/> Questionar alergias	
<input type="checkbox"/> Assinatura do Termo de Consentimento	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme
<input type="checkbox"/> Identificação do sítio cirúrgico	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Retirada de peças íntimas	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme
<input type="checkbox"/> Retirada de prótese dentária	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Retirada de adornos	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme
<input type="checkbox"/> Conferir se o cabelo do paciente está seco	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Banho pré-operatório	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Fralda do paciente limpa	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> AVP calibroso e pérvio	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Exames pré-operatórios recentes e se estão encaminhados junto com o paciente	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Presença de acompanhantes para pacientes menores de idade ou maiores que 65 anos.	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Encaminhamento das medicações que serão feitas no horário de permanência no CCO	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável
<input type="checkbox"/> Aquecer o paciente com cobertor durante o transporte	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme
<input type="checkbox"/> Manter as grades de cama/maca levantadas durante o transporte	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme
<input type="checkbox"/> Conformidade no transporte do paciente em isolamento	<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Não Conforme <input type="checkbox"/> Não Aplicável

Marcação de Sítio Cirúrgico

Sim () Localização: _____
 Não () Justificativa: _____
 () Ausência de Lateralidade ou Duplicidade
 () Outros Motivos _____

Responsável pela conferência - Unidade de origem: _____
 Responsável pela conferência - CCO: _____

Anexo II



Anexo III



Indicadores Assistenciais

P_152_2011 - Avaliação de Programa para o Paciente Portador de Diabetes Mellitus

José Antonio Alves Amaro

Resumo: Introdução: A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando em todo mundo. Evidências científicas sugerem efeito protetor para DM 2 através da adoção de estilo de vida saudável. Propósito do estudo é avaliar o impacto de programa de intervenção entre diabéticos, implantado em OPS (denominada instituição). Material: Usuários com 40 anos ou mais, divididos em: não diabéticos; diabéticos inscritos no programa e diabéticos não inscritos no programa. Resultados: Mensurar: média consultas ano, proporção internações e custo. Conclusões: Programa implantado tem impacto na redução de internações e custo, enfatizando benefícios para melhor controle da doença, refletindo controle de custo dos diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, programa de prevenção, redução de custo.

INTRODUÇÃO

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as doenças crônicas são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo¹. Entre elas, o diabetes mellitus (DM) deve ser destacado, uma vez que suas complicações determinam forte impacto no número de internações e mortes, bem como nos custos econômicos e sociais. A análise da série histórica das taxas de mortalidade brasileira por DM mostrou um aumento de mais de treze vezes entre 1900 e 1978 (2). Entre os fatores apontados para este crescimento encontram-se: o envelhecimento da população, a redução da atividade física e a obesidade, que promove a expressão da doença em indivíduos geneticamente suscetíveis. Apesar dessa relevância e similar ao que ocorre em outros países do mundo, o impacto do DM, tanto na saúde da população brasileira quanto nos custos da atenção à saúde, ainda é pouco reconhecido.

Embora as estimativas da OMS para o Brasil calculem a existência de mais de quatro milhões e quinhentos mil portadores de diabetes no país (3), a prevalência do DM não é simples de ser medida por problemas inerentes à própria detecção dos casos, já que uma medida de glicemia não define o diagnóstico e, por outro lado, há as múltiplas inter-relações do diabetes com outras doenças (2;4). O estudo mais recente realizado no município de São Paulo entre 2001 e 2002 na população de 15 a 59 anos, indicou uma prevalência de 6,8% de diabetes (5), determinado através de uma medida de glicemia em jejum.

2. JUSTIFICATIVA

O DM é uma doença crônica caracterizada por metabolismo prejudicado de glicose e outras substâncias produtoras de energia, com o desenvolvimento de complicações vasculares e neurológicas, envolvendo distintos mecanismos patogênicos que têm a hiperglicemia como denominador comum (5;7).

Atualmente a importância da adoção de medidas de prevenção e promoção da saúde vem ocupando lugar de destaque na literatura científica, pois evidências científicas sugerem um efeito protetor para o DM tipo 2 por intermédio da adoção de um estilo de vida saudável (7;8;9;10). O Nurses Health Study, estudo americano referência para esta questão, analisou uma coorte com quase 85.000 mulheres no período de 1980 a 1996, cujos resultados suportam a hipótese que a maioria dos casos de diabetes tipo 2 podem ser prevenidos por meio da adoção de um estilo de vida saudável (11).

A maior parte das informações disponíveis acerca dos benefícios da dieta e estilos de vida sobre a prevenção do DM ou seu controle metabólico dos portadores da patologia é proveniente de pesquisas desenhadas e controladas (7;9), o que geralmente demanda muitos recursos para a sua realização. Um dos grandes desafios aos profissionais de saúde é a avaliação do impacto dos programas de prevenção e promoção da saúde que vem sendo implantados tanto em serviços públicos quanto privados, que envolvem recursos e esforços da equipe de profissionais de saúde, dos pacientes e familiares e que acabam sendo pouco avaliados.

Diante do exposto, um médico e estatística da instituição realizaram um trabalho de acompanhamento de portadores de diabetes mellitus, cujo início ocorreu em 2005, e foi dada continuidade ao mesmo pela equipe atual, com o objetivo de avaliar o impacto de um programa de intervenção para os pacientes portadores de diabetes mellitus, do ponto de vista da proporção de internações, média de consultas realizadas e custo direto determinado pela patologia. A busca dos pacientes foi realizada através do software de gestão usualmente utilizado pela instituição.

3. MÉTODOS

O programa de intervenção avaliado consiste em: 1) consultas de enfermagem, onde são realizados testes de glicemia e colesterol, verificação de pressão arterial, cálculo do índice de massa corpórea e avaliação do pé diabético; 2) grupos de orientação nutricional; 3) atividades educativas e 4) atividades físicas como aulas de yoga e tai chi chuan, que por ter boa receptividade por parte dos pacientes, são consideradas como um estímulo para a sua adesão ao programa.

Na maior parte destas atividades, o controle glicêmico adequado é fortemente incentivado, uma vez que a hiperglicemia é fator de risco para o desenvolvimento de complicações, além da sensibilização acerca da necessidade do acompanhamento médico regular e aderência ao tratamento.

O presente trabalho é um estudo descritivo, que analisou o universo dos atendimentos realizados até novembro de 2010, aos usuários da instituição, com idades iguais ou maiores que 40 anos. Para as finalidades de comparação pretendidas, os usuários foram divididos em três grupos, os não diabéticos (Grupo 1), pacientes diabéticos vinculados ao programa (Grupo 2) e pacientes diabéticos não vinculados ao programa (Grupo 3). Os critérios de inclusão foram: para o Grupo 2 - o paciente estar em acompanhamento no programa de intervenção; para Grupo 3 - todo o indivíduo que realizou mais de dois exames de hemoglobina glicosilada (HbA1C) no período do estudo e/ou ter referido ter diagnóstico de DM pré-existente e não estar em acompanhamento no programa de monitoramento, cuja busca foi realizada através do software de gestão usualmente utilizado pela instituição.

A hemoglobina glicosilada ou hemoglobina glicada ou HbA1C são termos usados para descrever uma série de componentes da hemoglobina, formados a partir da interação da hemoglobina com a glicose. Um estudo exploratório anterior na instituição mostrou que, este critério de seleção, tinha alta especificidade para detectar pacientes com a patologia uma vez que, os indivíduos que tinham realizado dois ou mais HbA1C referiam ter diagnóstico clínico de diabetes.

RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados dizem respeito ao total de 8.437 usuários, dos quais 6.960 pertencem ao Grupo 1 (não diabéticos). Desse modo, a prevalência de DM nesta população foi de 17,5%. Do total de 1.477 pacientes identificados como portadores de diabetes, 528 deles participam do programa de intervenção (Grupo 2) e 949 não participam do programa (Grupo 3).

O gráfico 1 mostra a média de consultas realizadas nos três diferentes grupos, podendo ser verificado que os grupos 2 e 3 realizaram mais consultas no ano que o Grupo 1, dado que a média de consultas por usuário no grupo de pacientes diabéticos (12 consultas ano) é 33,3% maior que no grupo de não diabéticos (8 consultas ano). A média de consultas realizadas nos pacientes que pertencem aos Grupos 2 (13 consultas ano) e 3 (11 consultas ao ano) foi semelhante, demonstrando que o número de consultas não foi influenciado pelo fato de o paciente estar ou não vinculado ao programa de intervenção.

Em relação às internações realizadas, o percentual de usuários não diabéticos que foram internados no total de usuários foi 16,1% no ano de 2010. Para os pacientes portadores de DM esta proporção aumenta 57%, chegando a 37,1%. Os usuários inscritos no programa de monitoramento apresentaram um percentual menor de internações (15,5%) quando comparados aos que não estavam inscritos (21,5%); esta diferença foi de 39,3% (Gráfico 2).

Para comparar o custo dos pacientes entre os três Grupos, foi analisado o valor total gasto no ano (composto pelos gastos com consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e pelos gastos com internações) (Gráfico 3). Os resultados mostram que o custo total médio para o paciente não diabético foi R\$ 4.041,90 enquanto que para o paciente diabético foi R\$ 4.283,94 (média dos Grupos 2 e 3), ou seja, o custo do paciente diabético é 5,9% maior que o custo para os usuários não diabéticos.

A comparação dos gastos realizados pelos Grupos 2 e 3 mostrou que participar do programa reduziu o gasto médio total em cerca de 43,5%. A análise desagregada deste custo mostrou que esta redução foi observada tanto no custo das internações (31,3% menor) quanto no custo de consultas e SADT (30,7% menor). Uma leitura rápida destes percentuais pode não mostrar uma redução marcante, porém os cálculos realizados a partir do custo médio total são expressivos. Se todos os pacientes identificados como portadores de DM, estivessem vinculados ao programa de diabetes e, portanto tivessem um padrão de custo semelhante, isto determinaria uma redução deste custo de cerca de R\$ 2.260.908,25 no ano.

CONCLUSÕES

Os resultados aqui apresentados, no que diz respeito à comparação entre os grupos de pacientes diabéticos e os não diabéticos, são consistentes com os dados de literatura ao mostrar que o DM é uma doença de alta morbidade, determinando maior proporção de internações e consultas em relação à população geral. As complicações decorrentes da doença são muitas e amplamente reconhecidas. Para Scheffel et al (15), os pacientes com DM do tipo 2 têm uma propensão duas a quatro vezes maior de morrer por doença cardíaca em relação a não diabéticos, e quatro vezes mais chance de ter doença vascular periférica (DVP) e acidente vascular cerebral (AVC). De acordo com Gross & Nehme (16), a nefropatia diabética acomete cerca de 40% dos pacientes diabéticos, sendo apontada como a principal causa de insuficiência renal em pacientes em programas de diálise.

O custo médio dos pacientes portadores de diabetes se mostrou mais elevado, o que também é consistente com o que aponta a literatura ao afirmar que o DM é uma das doenças crônicas mais caras da atualidade (18). Este dado aliado à redução de 48,5% observada na comparação de custos entre o grupo inscrito no programa de intervenção e os não inscritos já indicam a importância do estabelecimento de programas de monitoramento e prevenção voltados a estes pacientes, especialmente em países com menos recursos. A maior parte dos resultados que mostram evidências convincentes que estilos de vida mais saudáveis podem prevenir o diabetes tipo 2 são provenientes de estudos controlados com intervenções mais drásticas e realizados em países desenvolvidos (7;8;9;11). Desse modo, é importante saber se programas de intervenção são factíveis em sistemas de saúde dos países considerados como em desenvolvimento. No Brasil, um ensaio clínico conduzido em serviço básico de saúde no estado de São Paulo mostrou o impacto de um programa de intervenção nutricional na redução de peso, diminuição da circunferência abdominal e nos níveis de colesterol em um grupo de pacientes. Tal intervenção consistia em somente três sessões de orientação nutricional num período de seis meses, o que evidencia que mesmo programas que promovem mudanças leves no estilo de vida e com recursos escassos podem ter impacto no controle de peso e metabólico desses pacientes (10).

Os resultados encontrados mostram que a média de consultas ano entre portadores de diabetes foi 12 consultas no ano; 33,3% maior que entre os não diabéticos (8 consultas). A proporção de internações entre os portadores de DM (37,1%) é 57% maior que entre os não portadores (16,1%); já esta proporção de internações foi influenciada pelo paciente estar inscrito no programa, que reduziu em 31,3% as internações no grupo estudado. O custo total do paciente diabético foi 5,9% maior que o custo para os usuários não diabéticos. A comparação entre os pacientes que frequentam o programa e os que não frequentam mostra que este custo é 43,5% menor para o primeiro grupo. Desse modo, pode-se estimar uma redução de R\$ 2.260.908,25 no ano se todos os pacientes identificados como portadores de DM, estivessem vinculados ao programa de intervenção.

Considera-se que estes resultados possibilitam demonstrar que um programa de intervenção para os pacientes portadores de DM repercute de forma positiva, com ganhos para os pacientes e para o sistema de saúde. Recomenda-se que programas desse tipo sejam ampliados, beneficiando um maior número de pacientes.

Apesar do tratamento do DM vir se tornando cada vez mais sofisticado, com vários agentes farmacológicos disponíveis, é reconhecido que permanecem complicações que causam impacto nos sistemas de saúde em todo o mundo e na qualidade de vida dos pacientes. Por isso, a importância da realização de estudos que mostrem os benefícios de estratégias de intervenção factíveis. Desse modo, este estudo se constituiu num esforço de avaliação de programas de prevenção e promoção da saúde em desenvolvimento, o que não é tarefa fácil, sendo um desafio para os profissionais da saúde. Espera-se que os resultados apresentados possam contribuir com a dinamização dos programas existentes e seja um incentivo para outros serviços ou profissionais implantar atividades de intervenção.

Referências

- World Health Organization. Diabetes mellitus. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs138/en/>. [Acesso em 22/05/2006].
- Laurenti R, Fonseca LAM and Costa JR ML. Mortalidade por Diabetes Mellitus no município de São Paulo (Brasil) - Evolução em um período de 79 anos (1900 e 1978) e análise de alguns aspectos sobre associação de causas. Rev. Saúde Pública, Apr. 1982, vol.16, no.2, p.77-91. ISSN 0034-8910.
- World Health Organization. Diabetes program - WHO Region of the Americas. Disponível em http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index3.html. [Acesso em 12/04/2006].
- Bennett JC & Plum F. Cecil - Tratado de Medicina Interna. 20ª. Edição, Volume 2. Editora Guanabara Koogan S.A. 2007.
- Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. Rev. Saúde Pública, out. 2005, vol.39, no.5, p.738-745. ISSN 0034-8910.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes. In: Inquérito domiciliar sobre o comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, Capitais e Distrito Federal 2002-2003. Ministério da Saúde, Brasília, 2004.
- Ferreira SRG, Almeida B, Siqueira AFA. et al. Intervenções na prevenção do diabetes mellitus tipo 2: é viável um programa populacional em nosso meio? Arq Bras Endocrinol Metab, Aug. 2005, vol.49, no.4, p.479-483.
- Sartorelli DS, Franco LJ, Cardoso MA. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, Jan. 2006, vol.22, no.1, p.7-18.
- Maji D, Roy RU, Das S. Prevention of type 2 diabetes in the prediabetic population. J Indian Med Assoc. 2005 Nov;103(11):609-11.
- Sartorelli DS, Sciarra EC, Franco LJ, Cardoso MA. Primary prevention of type-2 diabetes through nutritional counseling. Diabetes Care 2004. 2004 Dec;27(12):3019.
- Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, Willett WC. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med. 2001 Sep 13;345(11):790-7.
- Horta, Vilaverde J, Mendes P, Gonçalves I, Serra L, Pinto PS, Almeida, Carvalho R, Dores J, Serra MB. Avaliação da taxa de amputações - Consulta Multidisciplinar do Pé Diabético. ACTA MÉDICA PORTUGUESA 2003; 16: 373-380
- Calsolari MR, Castro RF, Maia RM. et al. Análise Retrospectiva dos Pés de Pacientes Diabéticos do Ambulatório de Diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte, MG. Arq Bras Endocrinol Metab, Apr. 2002, vol.46, no.2, p.173-176. ISSN 0004-2730.
- Milman MHSA et al. Pé diabético: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. Arq Bras Endocrinol Metab, Out 2001, vol.45, no.5, p.447-451. ISSN 0004-2730
- Scheffel RS, Bortolanza D, Weber CS et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. Rev. Assoc. Med. Bras., July/Sept. 2004, vol.50, no.3, p.263-267.
- Gross JL & Nehme M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Rev. Assoc. Med. Bras., July/Sept. 1999, vol.45, no.3, p.279-284.
- World Health Organization. Put feet first- prevent amputations - Diabetes and Foot Care.
- American Diabetes Association and National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. The prevention or delay of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2002 Apr;25(4):742-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Progress in Chronic Disease Prevention Demonstration to Improve Care Practices for Diabetic Patients in Primary Care Centers - Florida. MMWR. March 06, 1987 / 36(8);105-7.

Gráfico 1: Média de Consultas por usuário, clientes de plano de saúde. Referência: Dezembro / 2010

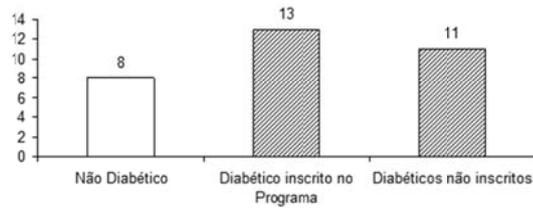


Gráfico 2: Proporção de usuários internados. Referência: Dezembro / 2010

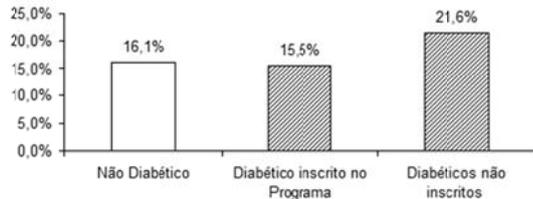
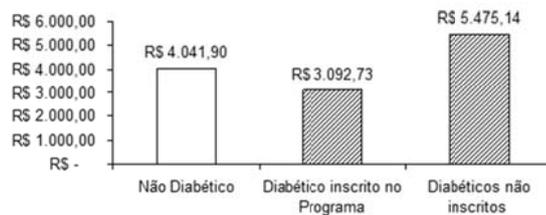


Gráfico 3: Avaliação do Programa do Diabetes. Custo médio por paciente. Ref: Novembro / 2010



Indicadores Assistenciais

P_153_2011 - Atenção Farmacêutica: da Reconciliação Medicamentosa à Orientação de Alta

Roberta de Carvalho Rocha, Flávia Freitas de Paula Lopes, João Severino da Silva, Maya Sakuragi

Resumo: A mudança no perfil de consumo de medicamentos contribuiu para o aparecimento de complicações e aumento da morbimortalidade relacionada ao uso incorreto. O conceito de Assistência Farmacêutica e a atuação do farmacêutico junto à equipe multiprofissional surgiram para promoção do uso racional dos medicamentos. O modelo de Atenção Farmacêutica implantado no hospital, com atuação à beira do leito mostrou-se eficaz, aumentando a taxa de intervenções farmacêuticas e notificações de reações adversas a medicamentos. O acompanhamento segue do processo de reconciliação medicamentosa até a orientação de alta, e, durante a internação, o paciente recebe orientações para continuidade e adesão à farmacoterapia.

Palavras-chave: atenção farmacêutica, farmacoterapia, adesão ao tratamento, equipe multiprofissional.

Introdução

Com o advento tecnológico e a introdução de novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, houve um aumento na expectativa de vida da população. Este quadro favoreceu a mudança no perfil de consumo de medicamentos, contribuindo para o aumento de complicações decorrentes de uso incorreto (PEREIRA, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, os erros mais comuns relacionados a medicamentos, ocorrem durante a prescrição e administração e por este motivo, a segurança do paciente tem sido foco de atenção nas Instituições de Saúde.

O conceito da Assistência Farmacêutica começou a ser utilizado em contraponto aos modelos tradicionais de prática farmacêutica que se mostraram pouco efetivos sobre a morbimortalidade relacionada a medicamentos. O papel do farmacêutico se transforma de simples dispensador de medicamentos, para um profissional cujos saberes são direcionados para melhorar o cuidado com o paciente. Seu escopo de atuação é ampliado e ele passa a integrar a equipe multiprofissional com o intuito de promover o uso racional dos medicamentos e aumentar a efetividade e a segurança da atenção à saúde (VIEIRA, 2007).

Apesar destes conceitos já serem consenso há alguns anos, são poucas as instituições de saúde no Brasil onde o farmacêutico realiza atenção direta ao paciente, atuando de forma sistemática à beira do leito.

Até abril de 2010, a assistência farmacêutica no hospital se resumia às funções administrativas e à triagem e avaliação simplificada da prescrição médica, exercendo assim uma atividade assistencial básica.

Objetivos

Redefinir o modelo de Atenção Farmacêutica no hospital como uma prática centrada no paciente, da admissão à continuidade do tratamento pós-alta, favorecendo a provisão responsável da farmacoterapia, o uso seguro e racional dos medicamentos.

Justificativa

A escassez de literatura a respeito da atuação clínica do farmacêutico à beira do leito dificulta o conhecimento da real efetividade deste processo. Sendo assim, o hospital necessitou de dois farmacêuticos clínicos, para as Clínicas Médica e Cirúrgica, e da elaboração de dois instrumentos de trabalho para sua execução, a ficha de acompanhamento farmacoterapêutico e formulário de orientação de alta. Os dados deste trabalho foram coletados e registrados no período de abril a setembro de 2010.

Metodologia

A metodologia para o desenvolvimento do projeto seguiu as seguintes etapas:

- Seleção de duas Unidades de Internação para implantação de um piloto, adotando como critério o perfil de consumo de medicamentos com potenciais riscos de reações adversas – anestésicos, antimicrobianos e analgésicos opióides;
- Criação de dois instrumentos padronizados, um deles para sistematizar a avaliação e intervenção farmacêutica e o outro para a orientação de alta aos pacientes e familiares;
- Implantação de rotina de visita ao leito para anamnese e acompanhamento farmacoterapêutico;
- Implantação do processo de reconciliação medicamentosa, que consiste na comparação e harmonização entre os medicamentos utilizados pelo paciente no domicílio com aqueles prescritos após a admissão hospitalar;
- Avaliação de exames laboratoriais e controles clínicos;
- Avaliação técnica da prescrição médica para verificar possíveis interações medicamentosas, incompatibilidades ou a necessidade de substituição de algum medicamento;
- Realização de intervenções farmacêuticas com o objetivo de resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia;
- Participação nas reuniões da equipe multiprofissional das Unidades de Internação selecionadas;
- Notificação de Reação Adversa a Medicamento (RAM);
- Orientação dos acompanhantes e cuidadores dos pacientes quanto ao uso adequado e cuidados gerais com medicamentos no chamado “Grupo de Cuidadores”;
- Orientação sobre o uso de medicação na continuidade do tratamento por ocasião de alta hospitalar.

Os resultados da implantação deste projeto são avaliados com auxílio de dois indicadores de qualidade da Atenção Farmacêutica, sendo eles: “Percentual de intervenções farmacêuticas por total de prescrições” e “Percentual de notificações de reações adversas a medicamentos por saídas hospitalares”.

Resultados

O novo modelo de atenção farmacêutica foi implantado na Clínica Cirúrgica e Clínica Médica do hospital, em abril de 2010. Ele possibilitou a identificação, solução e prevenção de problemas relacionados com medicamentos que são os “problemas de saúde vinculados ou suspeitos de estarem relacionados à farmacoterapia e que interferem ou podem interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário” (OPAS/OMS 2002a).

O sucesso do trabalho foi garantido por visitas diárias aos leitos, pois o contato direto com o paciente proporcionou o efetivo acompanhamento dos resultados do uso dos medicamentos, estreitando a relação do paciente e acompanhante com a equipe de saúde e otimizando os resultados do projeto.

Até a implantação da nova metodologia as intervenções farmacêuticas eram inferiores à meta de intervenções de 2% prevista no planejamento estratégico do hospital. Após a implantação da Atenção Farmacêutica à beira do leito no mês de abril observa-se um aumento deste índice que chegou a 11% no mês de julho, como mostra o gráfico 1.



Gráfico 1: Intervenções Farmacêuticas

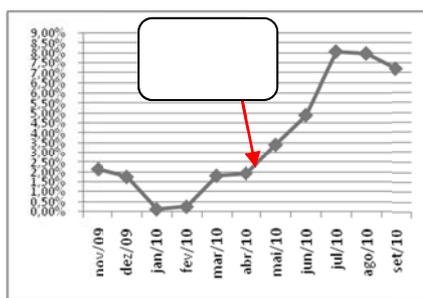


Gráfico 2: Notificação de Reações Adversas a Medicamentos

A intervenção farmacêutica melhora os resultados clínicos e exerce influências na redução dos custos assistenciais (AMARAL, 2008). Uma pesquisa realizada a partir de dados da média de custo diário por paciente da Clínica Cirúrgica do hospital entre os anos de 2009 e 2010 apontou uma redução do perfil de consumo mensal de medicamentos e materiais de enfermagem após o início do projeto, conforme mostram os gráficos 3 e 4.

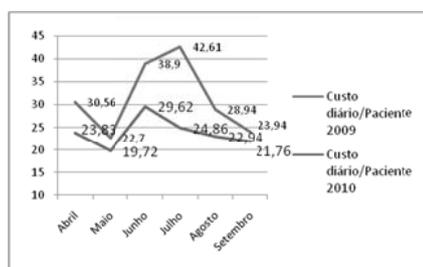


Gráfico 3: Perfil de custo diário com medicamentos por paciente da Clínica Cirúrgica

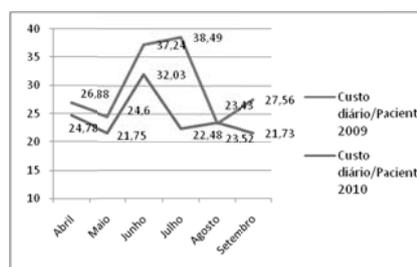


Gráfico 4: Perfil de custo diário com materiais de enfermagem por paciente da Clínica Cirúrgica

O indicador de RAM também sofreu grande impacto com a Atenção Farmacêutica, passando de 0,12% de notificações no mês de janeiro para 8,07% no mês de julho de 2010. A partir destes dados, foi possível observar a importância da notificação destes eventos pelos profissionais de saúde, visto que os resultados anteriores demonstram um quadro de sub-notificação, o que dificulta a melhoria do conhecimento do perfil de segurança dos medicamentos no país (OPAS/OMS 2002b).

O processo de reconciliação medicamentosa tornou-se um importante ponto de atuação da atividade clínica, pois permite detectar problemas de saúde alheios à causa da hospitalização identificando algum medicamento que não tenha sido incluso na prescrição. Desta forma, o farmacêutico integra-se à equipe multiprofissional, estabelecendo uma relação de confiança com o médico e trazendo estas e outras informações adquiridas para compartilhar durante as reuniões semanais de discussão de casos clínicos.

O grupo de cuidadores permitiu ao farmacêutico clínico criar uma relação com os acompanhantes e cuidadores dos pacientes para execução de um papel educativo, alertando quanto à responsabilidade do uso correto dos medicamentos. Permite também identificar casos de maior risco que demandem uma orientação de alta individualizada. Este processo favorece a redução dos erros de medicação, a adesão ao tratamento pós-alta e a continuidade da atenção à saúde.

Conclusão

A Atenção Farmacêutica, desde a reconciliação medicamentosa até a orientação de alta, interfere diretamente na taxa de intervenções farmacêuticas e notificações de reações adversas a medicamentos, sendo importante para aumentar a segurança quanto ao uso adequado dos medicamentos, favorecendo a otimização da terapia e aumento da adesão ao tratamento.

A visita ao paciente à beira do leito estreita a relação com equipe de saúde e torna a atividade assistencial mais humana, completa e precisa.

Os resultados do projeto indicam que a expansão deste novo modelo de Atenção farmacêutica para as demais Unidades de Internação contribuirá para a efetividade da assistência no hospital e a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Referências

- AMARAL, M.F.Z.J., AMARAL, R.G.,PROVIN, M.P. Intervenção Farmaceutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. Rev. El. Farmácia. Vol V(1), 60-66p. 2008.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta. Brasília, Organização Pan-americana De Saúde, 19 p, 2002a.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Termo de Referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância. Brasília, OPAS, 5 p, 2002b.
- PEREIRA, L.R.L, FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev. Bras. Cienc. Farm. vol.44 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2008.
- VIEIRA, F.S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2007.

Qualidade e Segurança

P_155_2011 - O Selo SINASC como estratégia de melhoria da qualidade das informações sobre nascidos vivos

Eliana de Aquino Bonilha, Ana Maria Cabral de Vasconcellos Santoro, Denise Machado Barbuscia, Marina de Freitas, Eneida Sanches Ramos Vico, Marcos Drummond

Resumo: O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) processa informações da Declaração de Nascido Vivo (DN). O Selo SINASC avalia cobertura, completude de campos e uso dos formulários, visando a melhoria do sistema. Este trabalho apresenta resultados da melhoria da completude devido à implantação do Selo. Realizaram-se oficinas de capacitação e monitoramento. Ocorreu melhora significativa na completude conforme análise estatística. Dos 77 participantes, 29 receberam Selo Ouro e 27, Prata. A certificação desencadeou revisão de processos, melhoria dos dados e valorização profissional. O Selo demonstrou ser uma iniciativa bem sucedida.

Introdução

A Declaração de Nascido Vivo (DN), implantada gradativamente em todo o território nacional a partir de 1990, é instrumento oficial do Ministério da Saúde e fonte primária do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, constituindo também a base para o registro civil do recém-nascido.

As informações do SINASC permitem acompanhar populações, traçando o perfil epidemiológico dos recém-nascidos e das gestantes de uma determinada localidade, região e do país. Possibilitam conhecer a distribuição espacial dos nascimentos no município, gerando informações essenciais para a melhoria das políticas públicas, sobretudo aquelas voltadas para a assistência à saúde da mulher e da criança.

Hakkert (1996) aborda as aplicações práticas e a importância dos dados demográficos para fins de planejamento, para avaliação de programas e políticas de saúde e estudos socioeconômicos em geral.

Nos últimos vinte anos, os sistemas de informações de saúde passaram por um processo de facilitação de acesso, melhoria de qualidade e de análise através de programas computacionais simples, que organizam os dados de forma sistemática (BAPTISTA, 2009).

Portanto, esforços analíticos devem ser empregados para avaliar as bases de dados a fim de verificar a qualidade, confiabilidade e o grau de robustez das análises que esses dados permitem desenvolver. Outro aspecto é que a cobertura não é o único critério para avaliar as bases de dados demográficos, a completude dos dados e a qualidade de registro também merecem atenção. (HAKKERT, 1996; GASE; PEREZ, 2002).

Estudos que verificaram a qualidade das informações sobre nascidos vivos avaliaram a cobertura dos registros e a qualidade da declaração. Os problemas identificados refletiram falhas na concepção do dado, desde a coleta até sua transmissão para os sistemas de informação (ALMEIDA et al., 2006; MELLO JORGE et al., 1993). Com frequência, várias informações solicitadas no formulário não são registradas corretamente, sendo preenchidas como ignoradas ou simplesmente deixadas em branco.

O município estudado teve o SINASC implantado no ano de 2000. Peculiaridades da gestão local deste sistema que ocorre de forma descentralizada, bem como sua dimensão que abrange mais de 100 estabelecimentos de saúde, entre privados, conveniados SUS e públicos, impulsionam a Secretaria Municipal da Saúde a investir continuamente em estratégias diversificadas para aprimorar e manter a qualidade do SINASC.

O Selo SINASC, lançado em dezembro de 2008 pela Secretaria Municipal da Saúde, é mais um recurso de incentivo à melhoria da qualidade da coleta, preenchimento e digitação das informações da DN. Propõe o reconhecimento oficial da qualidade das informações geradas pelas instituições que realizam partos no âmbito do município em questão

A primeira certificação foi concedida em abril de 2010 às instituições que cumpriram os critérios pré-estabelecidos avaliados com base nas informações geradas em 2009, segundo cobertura, completude dos dados e controle do uso dos formulários de DN.

Objetivos

- Descrever a implantação do Selo SINASC em um município de grande porte do Brasil.
- Apresentar os resultados da completude dos campos da DN observados antes e depois da implantação do Selo, nos anos de 2008 e 2009, respectivamente.

Justificativa

A implantação do Selo SINASC é uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade das informações, com ampliação das possibilidades de utilização destas informações e seus resultados poderão subsidiar outras iniciativas deste porte.

Métodos

No âmbito municipal, a Gerência do SINASC responde pela gestão da base de dados e logística dos formulários de DN - distribuição e controle. Experiência única no Brasil, a entrada dos dados no sistema (digitação das declarações) ocorre de forma descentralizada, via web, sob a responsabilidade das maternidades e hospitais privados, conveniados SUS e públicos que realizam partos.

Os partos hospitalares respondem por 99% dos nascimentos registrados anualmente na cidade. Em 2009, 120 estabelecimentos de saúde realizaram partos, mas 43 foram excluídos da certificação do Selo SINASC por registrarem menos de 50 nascimentos no ano. Portanto, 77 estabelecimentos participaram efetivamente do processo.

Os critérios para o Selo SINASC 2009, nas categorias Ouro e Prata, avaliaram aspectos relacionados à cobertura, ao controle do uso dos formulários e à completude dos dados

Quanto à cobertura, aqui compreendida como o respeito ao cumprimento do prazo mensal estabelecido para a digitação da totalidade dos nascidos vivos, considerou-se pontualidade da digitação mensal das DN até o dia 15 do mês subsequente ao nascimento; o parâmetro para Selo Ouro foi de 100% das DN digitadas no sistema e para Selo Prata, de pelo menos 95%.

Quanto ao controle do uso dos formulários verificou-se a proporção anual de DN canceladas em relação ao total de DN digitadas, considerando-se para Selo Ouro até 2% de DN canceladas e para Selo Prata, entre 3 e 4%.

No que se refere à completude dos dados foi avaliada semestralmente a proporção de campos sem informação, considerada como a soma de "ignorados" e "em branco", em 13 dos 34 campos da DN. Os campos escolaridade da mãe, nº de filhos nascidos vivos e de nascidos mortos, duração da gestação, tipos de gravidez e de parto, consultas de pré-natal, índice Apgar no 1º e 5º minutos, presença de anomalia congênita e preenchimento dos códigos de anomalia segundo a Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão, deveriam apresentar 100% de completude, o campo raça/cor do RN, 95% e os Distritos Administrativos de residência da mãe, 99%. Para obtenção do Selo Ouro os critérios acima deveriam ser atingidos nos 13 campos selecionados e para o Selo Prata em pelo menos 9 deles.

Para monitorar as DN digitadas e a completude avaliados no Selo, os hospitais receberam relatórios mensais, além do acesso exclusivo à página da Tabnet Selo SINASC na internet idealizada especialmente para esse fim. Este Tabnet, criado a partir de ferramenta desenvolvida pelo Ministério da Saúde/DATASUS, foi atualizado semanalmente com os registros de DN que não atenderam ao critério definido de completude dos dados.

A Gerência responsável pela certificação promoveu reuniões técnicas e oficinas de capacitação para hospitais reiterando os critérios de avaliação para o Selo, apresentando resultados parciais e orientando sobre o aprimoramento da qualidade.

Para auxiliar no processo de capacitação elaboraram-se dois novos documentos: Manual do Selo SINASC e o de Orientações básicas para codificação e digitação dos campos de endereço no SINASC, somando-se aos demais manuais já desenvolvidos ou revisados pela Gerência do SINASC ao longo dos últimos anos.

A avaliação do impacto do Selo SINASC baseou-se no cálculo da razão de prevalência (RP) e no Teste χ^2 (qui-quadrado), para confirmar se a melhoria da qualidade da informação nos campos selecionados, observada entre 2008 e 2009, foi estatisticamente significativa. A RP foi obtida pela divisão da proporção de campos sem informação de 2008 em relação à proporção de 2009. As bases de dados para comparação foram as geradas em 16 de fevereiro de 2009 (base 2008) e em 17 de fevereiro de 2010 (base 2009).

Resultados

Ao longo do ano de 2009, observou-se maior empenho dos envolvidos no processo de captação e registro da informação. Este trabalho se refletiu na melhoria da completude dos campos da DN e nas correções necessárias que puderam ser executadas com maior agilidade e precisão. Na classificação final, dos 77 estabelecimentos de saúde que participaram efetivamente da certificação, 29 hospitais receberam Selo Ouro e 27, Selo Prata. Entre os 21 que não receberam selo, seis receberam "menção honrosa" por terem se destacado no aprimoramento da qualidade apresentada no segundo semestre de 2009. O processo de sistematização do monitoramento do Selo foi um componente importante neste aprimoramento.

Com a implantação do Selo SINASC, a diferença observada entre 2008 e 2009 nos campos selecionados (em branco e ignorados) foi estatisticamente significativa como demonstrou o cálculo da RP (tabela 1) e o Teste χ^2 ($p < 0,05$).

Tabela 1 - Proporção de Declarações de Nascidos Vivos com campos sem informação, segundo ano de nascimento e Razão de Prevalência, Município estudado, 2008 e 2009.

Campo da DN	2008	2009	RP
	%	%	2008/2009
Raça/cor do RN	12,61	1,64	7,7
Distrito Administrativo de residência	0,74	0,50	1,5
Escolaridade da mãe	0,44	0,14	3,2
Filhos Nascidos vivos	0,54	0,06	8,8
Filhos Nascidos mortos	0,86	0,08	10,5
Duração da Gestação	0,20	0,04	5,7
Tipo de Gravidez	0,02	0,00	7,8
Tipo de Parto	0,04	0,01	5,7
Consultas de Pré-Natal	0,86	0,23	3,7
Apgar 1º Minuto	0,11	0,05	2,5
Apgar 5º Minuto	0,09	0,03	3,2
Presença Anomalia*	0,74	0,16	4,6

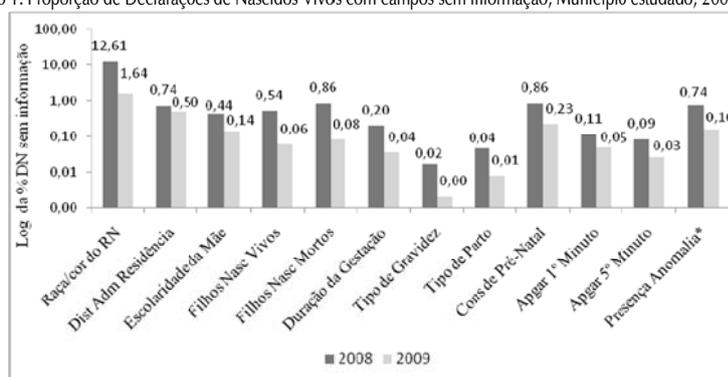
Fonte: SINASC/CEINFO/SMS, fev./2009 (dados 2008) e fev/ 2010 (dados 2009)

Obs: Todos os campos avaliados apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$)

*Campo código de anomalias não foi considerado nesta tabela

O campo raça/cor, cujos valores caíram de 12,61%, em 2008 para 1,64% em 2009, aparentemente foi a informação de melhor completude. Contudo, a RP apontou que os campos filhos nascidos mortos (10,5), filhos nascidos vivos (8,8) e tipo de gravidez (7,8), apresentaram melhor preenchimento, em relação ao campo raça/cor (7,7). As variações observadas estão ilustradas no gráfico 1.

Gráfico 1: Proporção de Declarações de Nascidos Vivos com campos sem informação, Município estudado, 2008 e 2009.



Fonte: SINASC/CEINFO/SMS, 16.02.2009 (dados 2008) e 17.02.2010 (dados 2009)

*Campo código de anomalias não foi considerado nesta tabela

Além da avaliação da proporção de campos sem informação na DN, verificou-se que a cobertura do sistema foi ampliada, isto é, houve maior agilidade da digitação, com aproximadamente 95% das DN digitadas até o dia 15 do mês posterior ao nascimento das crianças. A proporção de formulários de DN cancelados em relação ao total de emitidos foi menor ou igual a 2% em 91% dos hospitais, evidenciando a preocupação dos responsáveis sobre o controle deste documento.

Conclusões

O selo SINASC permitiu a avaliação da qualidade quanto à cobertura, completude dos campos da Declaração de Nascido Vivo (DN) e uso racional dos formulários.

A criação de um selo possibilitou a qualificação do processo de trabalho e da base de dados, além de ampliar a visibilidade das informações e dos setores envolvidos na produção.

A queda observada nas proporções de campos sem informação foi significativa. A melhoria no preenchimento e digitação da DN resultou em um banco de dados mais confiável para a construção do perfil da população de nascidos vivos e de gestantes, atendendo à proposta do Selo SINASC.

A busca da certificação Selo SINASC desencadeou algumas iniciativas positivas advindas dos hospitais como a revisão de processos de trabalho, com mudança do preenchimento da DN (por exemplo, da sala de parto para a enfermaria ou quarto da mãe), maior interação entre diferentes setores do hospital (Centro Obstétrico, berçário, administração, arquivo médico e recepção), aprimoramento das condições de utilização do sistema, maior valorização dos profissionais envolvidos e das informações produzidas. Tais observações caracterizaram a iniciativa como um processo de estímulo e capacitação visando à melhoria da qualidade da informação.

O trabalho de sensibilização, capacitação e acompanhamento dos profissionais que coletam e processam as informações do SINASC deve ser contínuo. Isso se faz necessário devido à grande rotatividade dos recursos humanos que trabalham nos estabelecimentos de saúde. As reuniões técnicas e as oficinas de capacitação possibilitaram o estabelecimento de vínculos com os profissionais que estão operacionalizando o SINASC, maior conhecimento de suas dificuldades e da dinâmica de cada local de trabalho. Isso favoreceu a comunicação e o trabalho compartilhado, auxiliando na superação de obstáculos e agregando apoio crescente, inclusive por parte dos gestores dessas instituições.

Para que informações coletadas em um banco de dados possam ser aceitas como referência na análise da situação de saúde de uma população, devem ser implantadas estratégias de incentivo da qualidade tais como o Selo SINASC que demonstrou ser uma iniciativa bem sucedida e por este motivo foi mantida para os anos seguintes.

Referências

ALMEIDA, M. F. et al. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.9, n. 1, p 56-68, 2006b. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v9n1/03.pdf> Acesso em: 13 jul. 2008.

BAPTISTA, J.R. Informação e saúde no Brasil: a contribuição da RIPS. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p1049-1053, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32340.pdf>. Acesso em: 29 set. 2009.

GASE, R.; PEREZ, M. A. Vigilância Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 5. p. 73-89.

HAKKERT, R. Fonte de dados demográficos. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996. 72p. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/textosdidaticos/tdv03.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2010.

MELLO JORGE, M. H. P. et al. Avaliação do sistema de saúde sobre nascidos vivos e o uso de seus dados em epidemiologia e estatísticas de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, p.1-46, 1993, Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v27s0/01.pdf> . Acesso em: 02 set. 2009.

Qualidade e Segurança

P_157_2011 - Programa de Gerenciamento de Doenças – Transtornos Graves do Humor e Esquizofrenia de uma Operadora de Planos de Saúde de Belo Horizonte: Resultados Iniciais na Utilização dos Serviços de Saúde

Fernando Martín Biscione, Alessandra Coelho de Oliveira, Fernando Martín Biscione, Augusto César Soares dos Santos Júnior, Estevão Alves Valle, Sérgio Adriano Loureiro Bersan, Mônica Silva Monteiro de Castro, Fábio Leite Gastal

Resumo: Em 2009, nossa instituição iniciou programa de gerenciamento de casos voltado ao acompanhamento ambulatorial integral dos seus clientes diagnosticados com transtornos graves do humor, esquizofrenia ou transtornos delirantes. Os objetivos do programa são incentivar ao médico psiquiatra a criar forte vínculo com o paciente e abordar a saúde do cliente de forma integral. Após 8 meses da implantação, os clientes inscritos no programa apresentaram redução das hospitalizações, consultas de psicologia e atendimentos em pronto-atendimento em relação ao período anterior à sua inscrição, embora o período de acompanhamento no programa seja ainda curto para permitir conclusões definitivas.

Palavras-chave: Esquizofrenia; transtornos graves do humor; cuidados integrais à saúde; programas de gerenciamento de casos.

INTRODUÇÃO:

Em torno de 12% da população brasileira é acometida por depressão ou outros transtornos psiquiátricos comuns, como abuso de álcool e psicose, necessitando de cuidados psiquiátricos especializados. Os pacientes acometidos por transtornos psiquiátricos apresentam, com elevada frequência, comorbidades concomitantes como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia, produto do descuido geral da sua saúde. Soma-se a isto escassa adesão aos tratamentos prescritos e ao acompanhamento médico ambulatorial, manifestando-se em uso desordenado e ineficiente dos serviços de saúde e das internações hospitalares, fenômeno descrito por alguns autores como “porta giratória” (GASTAL et al., 2000).

Neste cenário, em 2008, a Superintendência de Provimento de Saúde e a Assessoria de Desenvolvimento e Análise de Informação Estratégica da nossa instituição, uma cooperativa de saúde de Belo Horizonte, sentiram a necessidade de desenvolver nova modalidade de atenção para seus clientes com transtornos psiquiátricos, visando à vinculação do paciente com o psiquiatra como médico de referência e à abordagem do processo saúde/doença de forma integral. Assim, em 2009, iniciou-se programa de gerenciamento de casos voltado ao acompanhamento ambulatorial integral dos seus clientes diagnosticados com transtornos graves do humor, esquizofrenia ou transtornos delirantes. O Programa de Gerenciamento de Doenças – Transtornos Graves do Humor e Esquizofrenia foi desenhado com a participação de médicos psiquiatras da própria cooperativa, sendo voltado aos médicos cooperados psiquiatras que atendem, nos seus consultórios, clientes diagnosticados com estes transtornos. O objetivo principal do programa é incentivar ao médico psiquiatra a criar forte vínculo com o paciente, entendendo que, especialmente para o paciente com transtornos psiquiátricos, a relação médico-paciente estável é fundamental como parte do processo terapêutico. O programa também busca abordar a saúde do cliente não apenas do ponto de vista da saúde mental, mas de forma integral, através do encaminhamento oportuno do paciente para outras especialidades.

OBJETIVOS:

Relatar os resultados iniciais, após 8 meses de implantação, do Programa de Gerenciamento de Doenças – Transtornos Graves do Humor e Esquizofrenia da operadora, com foco na utilização dos serviços de saúde, compreendendo internações, atendimentos em pronto-atendimento (PA), consultas eletivas de psiquiatria e consultas eletivas de psicologia.

JUSTIFICATIVA:

O padrão de utilização dos serviços de saúde pelos pacientes acometidos por transtornos graves do humor, esquizofrenia ou transtornos delirantes é frequentemente desordenado e ineficiente. O acompanhamento descontinuado pelo médico psiquiatra, bem como a abordagem fragmentada da saúde destes pacientes, resultam em elevadas taxas de internação e de atendimento em PA por causas sensíveis aos cuidados primários (GASTAL et al., 2000). Programas que visam a estabelecer forte vínculo entre o médico psiquiatra e o paciente e que enfatizam a necessidade do cuidado integral à saúde podem ser de grande benefício para a saúde destes pacientes.

MÉTODOS:

Todos os médicos psiquiatras foram convidados a participar do programa, que iniciou suas atividades em novembro de 2009. A participação dos médicos no programa é voluntária. Para participar, os psiquiatras devem inscrever seus clientes em ficha padronizada do Sistema de Gestão de Riscos, plataforma web usada pela cooperativa para a inscrição e gerenciamento de clientes com agravos como diabetes, doença cardiovascular, asma, etc. A anuência do cliente, por escrito, é exigida pela cooperativa como requisito para a inscrição. A inscrição inicial tem duração estipulada de um ano, após o qual ficha de desfecho é preenchida e oferecida a oportunidade de reinscrição do cliente.

No ato da inscrição, o psiquiatra fornece informações clínicas de importância passíveis de tratamento estatístico, como o diagnóstico psiquiátrico primário, dados sobre a história progressa, antecedentes familiares, uso de medicação e presença de comorbidades. O manuseio das informações do paciente é sigiloso. Os psiquiatras recebem bonificação pela inscrição do cliente no programa, bem como bonificações de 33% sobre o valor das consultas subsequentes dos pacientes inscritos. O programa permite o acompanhamento dos pacientes com consultas mais frequentes (até dez consultas em 60 dias, até duas vezes por ano) para o manejo de crises.

Para avaliar o impacto do programa no perfil de utilização de serviços de saúde, comparou-se a taxa de atendimentos em PA, internações hospitalares e consultas ambulatoriais com psicólogo no período anterior à entrada do cliente no programa (antes de novembro de 2009) e durante a participação no programa (até julho de 2010). Para as internações, foram analisadas aquelas com código de CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, versão 10) referente ao capítulo Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99). Por existirem diferenças entre os clientes no tempo de participação no programa e no tempo de exposição à carteira antes da inscrição, a análise dos eventos relacionados foi feita utilizando-se a densidade de incidência. Para isso, o acompanhamento do cliente foi fragmentado em períodos de 30 dias a partir da data de inscrição no programa, contando-se em cada período o número de eventos no numerador e o total de pessoas-tempo no denominador.

RESULTADOS:

Ao todo, 34 psiquiatras foram responsáveis pela inscrição de 1161 clientes no programa, sendo 953 por transtornos graves do humor e 208 por esquizofrenia. O maior percentual de clientes se concentrou nas faixas entre 25 e 59 anos de idade; 71,6% dos clientes com transtornos graves do humor eram do sexo feminino, sendo essa proporção de 50% para o programa de esquizofrenia. Entre novembro de 2009 e julho de 2010, estes clientes realizaram 3483 consultas no programa, o que representa apenas 3,9% de todas as consultas realizadas por psiquiatras da cooperativa no período. Dezesete psiquiatras solicitaram o uso de consultas para manejo de crise de 48 clientes, realizando ao todo 208 consultas (ou 6% do total de consultas do programa).

A taxa de internações por cliente ao longo do período posterior à inscrição no programa apresentou tendência decrescente, diferentemente do período anterior à participação no programa (GRÁF. 1). Destaca-se ainda que a taxa de internações por cliente em grande parte do período anterior ao programa foi em torno de 1,3 internações para cada 100 clientes expostos, enquanto durante a maior parte do período durante o programa tinha-se 0,8 internações para cada 100 clientes expostos.

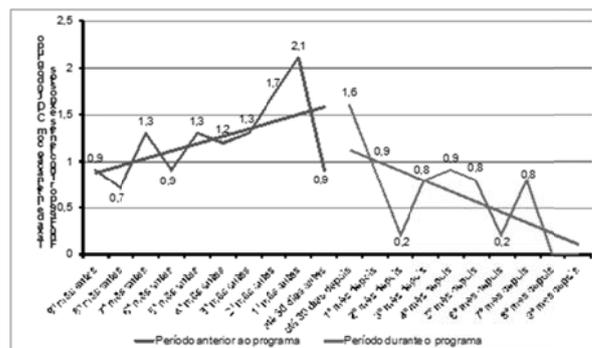


Gráfico 1. Taxa de internação com CID-10 do grupo F00-F99 por 100 clientes expostos inscritos no programa, segundo período de exposição

A taxa de atendimentos em PA por cliente ao longo do período posterior à inscrição no programa também apresentou tendência decrescente (GRÁF. 2). Verificou-se, na maior parte desse período, em torno de 13 atendimentos em PA para cada 100 clientes expostos, atingindo 3,5 atendimentos no oitavo mês posterior à inscrição. Já no período anterior ao programa o valor era em torno de 18 atendimentos.

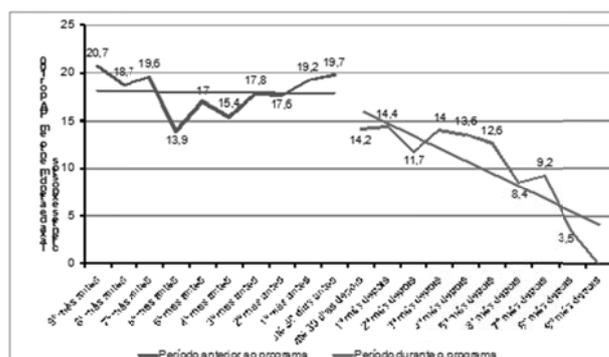


Gráfico 2. Taxa de atendimento em PA por 100 clientes expostos inscritos no programa, segundo período de exposição

A taxa de consultas de psicologia por cliente ao longo do período anterior ao programa teve tendência crescente, invertendo-se no período posterior à inscrição no programa (GRÁF. 3). A taxa de consultas de psicologia em grande parte do período anterior ao programa estava em torno de 2 consultas para cada 100 clientes expostos, enquanto durante a maior parte do período durante o programa tinha-se cerca de 1,4 consultas para cada 100 clientes expostos.

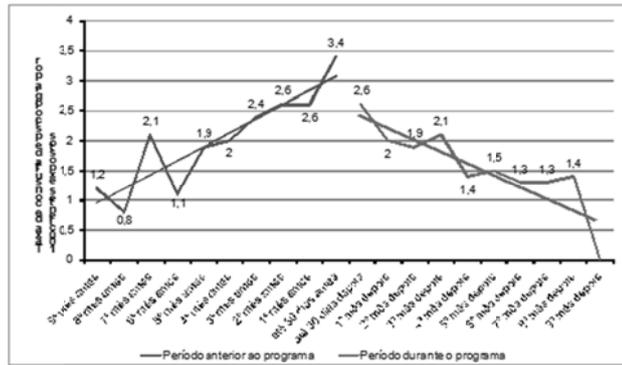


Gráfico 3. Taxa de consulta de psicologia por 100 clientes expostos inscritos no programa, segundo período de exposição

CONCLUSÕES:

Neste estudo, os clientes diagnosticados com esquizofrenia ou transtornos graves do humor e inscritos no programa de gerenciamento de casos apresentaram redução das hospitalizações, consultas de psicologia e atendimentos em PA em relação ao período anterior à sua inscrição no programa. Programas deste tipo agregam valor para o paciente e são desejáveis em sistemas de saúde como o atual, dominado por pressões econômicas, a competitividade e a seleção adversa de pacientes (PORTER, 2009). Embora o período de acompanhamento no programa seja ainda curto para permitir conclusões definitivas, os dados deste estudo parecem confirmar a noção de que os transtornos mentais se comportam como condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais (OLIVEIRA et al., 2009). Isto reforça a importância de desenhar políticas adequadas para a abordagem integral da saúde do paciente com transtornos psiquiátricos, no intuito de evitar cuidados à saúde ineficientes e fragmentados.

Referências

Gastal FL, Andreoli SB, Quintana MIS, Almeida Gameiro M, Leite SO, McGrath J. Fatores preditores do fenômeno de reinternações de pacientes esquizofrênicos, com transtorno afetivo e psicose não orgânica. *Rev Saude Publica* 2000;34(3):280-285.

Oliveira AC, Simões RF, Andrade MV. A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. *Texto para discussão*; 363. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009.

Porter ME. A Strategy for Health Care Reform - Toward a Value-Based System. *N Engl J Med* 2009; 361:109-112.

Qualidade e Segurança

P_158_2011 - Avaliação do Serviço de Enfermagem Hospitalar com Foco em Critérios de Processo

Liliane Bauer Feldman, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Maria D'Innocenzo

Resumo: A certificação da qualidade, modelos e instrumentos de avaliação oportunizaram um novo olhar no atendimento ao paciente buscando o aprimoramento da excelência e segurança na saúde, ancorados também pela Organização Nacional de Acreditação – ONA. Estudo descritivo metodológico e quantitativo objetivou apresentar critérios de processo para avaliação do Serviço de Enfermagem baseado em programa de acreditação. Foram analisados 20 critérios de Processo em 2009 por 49 enfermeiros gestores de hospitais acreditados. Destes, 15 foram votados com “importância relativa ou muito importante” e todos, o alfa de Cronbach foi 0,971 indicando bastante consistência e, possível aplicabilidade por 44 (89,7%) enfermeiros.

Palavras chave: Acreditação, Enfermagem, Gestão de Qualidade, Administração e Organização Hospitalar, Avaliação de Processos, Gerenciamento de Segurança.

INTRODUÇÃO:

As pesquisas sobre avaliação de qualidade na saúde tiveram início em meados de 1855 com Nightingale e Codman em 1913. A evolução no Brasil iniciou-se com a Ficha de Inquérito Hospitalar em 1935 de Pedrosa, passando pelos Padrões Mínimos de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde de 1977, pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta em 1979 quando explanou as funções da Enfermagem e a dimensão desse trabalho na saúde instrumentalizando a avaliação em serviço(1), até mais recentemente em 1999, com o modelo de avaliação criado pela Organização Nacional de Acreditação-ONA(2). Estas iniciativas oportunizaram um novo olhar para o atendimento ao paciente buscando a qualidade e a segurança também no âmbito organizacional.

Os estudos acima citados identificaram que por meio da avaliação e aplicação de métodos padronizados, sistêmicos e contínuos, principalmente no cuidado ao paciente, é possível melhorar a qualidade, preservar a segurança, diminuir as infecções e aumentar a satisfação dos usuários.

Atualmente em 2010, oito Instituições Acreditoras estão credenciadas na ONA para avaliar a qualidade das organizações de saúde no país. Com isso algumas instituições hospitalares aderiram a metodologias, utilizando programas estrangeiros e ou nacional, alcançando mais de 130 hospitais acreditados até 2010(3). Isso mostra que há um desafio a ser vencido, pelo número pouco representativo para um universo de mais de 7.543 de hospitais, interessados na busca da excelência pela qualidade.

Alguns especialistas neste assunto pactuam não ser necessário o método da acreditação para melhorar o sistema de saúde por considerar que a cultura da qualidade e segurança deve estar inserida na filosofia institucional, independentemente de certificação. Ainda que as certificações de qualidade hospitalar concedidas por programas nacionais não sejam um sistema completamente perfeito de avaliação e isento de subjetividade, o conceito de o “paciente ser a razão de ser do hospital” está se consolidando por meio das práticas de qualidade (4,5).

De qualquer maneira, entende-se que a melhoria da qualidade ao paciente, favorecendo a segurança na assistência, obtém-se por meio da avaliação do Serviço de Enfermagem Hospitalar como em outros serviços, na medida em que se recomenda identificar as necessidades e destacar as boas práticas profissionais (1,6).

A finalidade deste estudo foi propor critérios de avaliação para o Serviço de Enfermagem que contemplem o âmbito do trabalho do enfermeiro e da equipe no contexto da organização do serviço de saúde hospitalar.

OBJETIVO:

Apresentar critérios de Processo para avaliar Serviços de Enfermagem Hospitalar com base em Programa de Acreditação.

MÉTODO:

O estudo foi descritivo metodológico e constitui-se em parte integrante da tese de doutorado "Identificação e Validação de Critérios de Avaliação de Serviços de Enfermagem" apresentada à Universidade Federal de São Paulo em 2010. Foi elaborado um instrumento contendo 20 critérios de Processo na área de Enfermagem categorizados a partir do referencial proposto por Donabedian (7).

Os dados tiveram uma abordagem quantitativa, e para isto foram utilizadas técnicas estatísticas (8,9). A identificação de alguns critérios partiu do Modelo já existente de avaliação da Acreditação feito pela ONA, constante no Manual de Acreditação de Organizações Hospitalares, versão 2006. Os critérios foram acrescentados e ampliados conforme os atributos de avaliação da qualidade de serviços de saúde, classificados em Processo; provenientes da literatura revisada e da experiência da pesquisadora.

O instrumento foi enviado a enfermeiros gestores responsáveis técnicos (RT) de 113 hospitais brasileiros acreditados. Para chegar ao enfermeiro RT, realizou-se o contato telefônico com todos os hospitais acreditados, explicando sobre a pesquisa aprovada pelo CEP da UNIFESP 1195/06, envio do questionário e consentimento livre esclarecido. Estes avaliaram o grau de importância e aplicabilidade dos critérios conforme os itens: 1. muito importante 2. importante 3. importância relativa 4. pouco importante 5. não importante, expressando seu ponto de vista sobre cada critério, além da coluna seguinte para anotações de modificações propostas e, se 1. plenamente aplicável 2. aplicável 3. aplicabilidade relativa e 4. não aplicável.

A validação foi realizada pelo alfa de Cronbach considerando um nível de significância de 5%(10).

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2009, e constituíram-se alvo do estudo 49 instrumentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

O instrumento foi avaliado por 49 respondentes, sendo 45 (91,8%) do sexo feminino, com idade entre 41-50 anos (36,7%), seguidos da idade entre 31-40 anos (22,4%) gerentes de hospitais acreditados nível 1, 2 e 3 no Brasil.

Os programas de qualidade utilizados pelos enfermeiros destas organizações de saúde no Brasil concomitante com a ONA foram vários. Destacaram-se os programas International Organization for Standardization -ISO e Controle de Qualidade Hospitalar-CQH (14-28,57%), seguidos pelo programa Canadense (9-18,36%) e pela The Joint Commission International-JCI (4-8,16%). Constatou-se então a superação do programa Canadense sobre ao da JCI, apesar de o americano estar a mais tempo no mercado internacional. Além disso, há significativa diferença do tempo de experiência e atuação no Brasil entre as duas certificações internacionais.

A utilização de outros programas nos hospitais tem proporcionado a expansão da qualidade em nível nacional. Isso significa que alguns hospitais utilizam mais de um programa para avaliação da qualidade, pois talvez um só, não responda com eficiência a toda a complexidade hospitalar, ou porque os requisitos avaliatórios dos programas tenham abrangência diversificada e assim focos diferentes, e ainda, talvez porque os programas se complementem nos quesitos de melhoria da qualidade, segurança e envolvimento do paciente.

Entretanto, pode-se extrair dessa questão que, a utilização de outros programas nos hospitais, tem proporcionado a expansão da qualidade em nível nacional. Isso quer dizer que alguns hospitais utilizam mais de um programa para avaliação da qualidade, pois talvez um só, não dê conta da avaliação devido a complexidade hospitalar, ou porque os requisitos avaliatórios dos programas tenham abrangência diversificada e assim focos diferentes, e ainda, talvez porque os programas se complementem nos quesitos de melhoria da qualidade, segurança e envolvimento do paciente.

Foram propostas pelos enfermeiros adequações aos critérios, sugestões quanto à ordem numérica, linguagem e construção da frase.

Tabela 1. Distribuição da importância dos critérios de Processo para avaliação do Serviço de Enfermagem. São Paulo, 2011.

		Não importante		Pouco importante		Importância relativa		Importante		Muito importante	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P1	Há descrição formal de procedimentos operacionais padrão (POPs), instruções normativas (ITs) e/ou protocolos de Enfermagem no Manual de Enfermagem Ex. Preparo de medicação							6	12,2%	43	87,8%
P2	As fases ou modelo da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é aplicado nas áreas críticas como UTI.							7	14,3%	42	85,7%
P3	O modelo/fases da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE é aplicado em toda a instituição					4	8,2%	16	32,7%	29	59,2%
P4	As informações contidas na SAE são utilizadas pela equipe multiprofissional					4	8,2%	12	24,5%	33	67,3%
P5	Existe evidência da utilização das informações contidas na SAE, nas prescrições de outros profissionais					7	14,3%	21	42,9%	21	42,9%
P6	O enfermeiro especialista participa da seleção e aquisição da tecnologia (equipamento) hospitalar para o local de trabalho			1	2,0%	2	4,1%	13	26,5%	33	67,3%
P7	Existe pelo menos um grupo de trabalho na enfermagem para a melhoria de processos e interação institucional.					2	4,1%	14	28,6%	33	67,3%
P8	O Enfermeiro gestor tem autonomia para tomada de decisão nos processos de trabalho					3	6,1%	6	12,2%	40	81,6%
P9	Os processos assistenciais que envolvem a Enfermagem são analisados e melhorados com frequência ex: processo de medicação.					2	4,1%	4	8,2%	43	87,8%
P10	Os indicadores de qualidade da assistência de enfermagem são utilizados para traçar os planos de ação e melhoria dos processos institucionais					2	4,2%	6	12,5%	40	83,3%
P11	Existe programa formal para integração do novo colaborador (profissional de Enfermagem) no serviço institucional			1	2,0%	1	2,0%	12	24,5%	35	71,4%
P12	São respeitados os direitos e a privacidade do paciente em todos os ambientes do hospital, pela Enfermagem de acordo com a legislação							7	14,3%	42	85,7%
P13	Existe evidência que a comunicação é efetiva na Enfermagem					2	4,2%	15	31,3%	31	64,6%
P14	A instituição possui protocolos clínicos (multiprofissionais) baseado em evidências e no perfil nosocomial de atendimento, utilizado pela Enfermagem			1	2,1%	3	6,3%	13	27,1%	31	64,6%
P15	A Enfermagem atua em parceria com SCIH/CCIH na vigilância epidemiológica das infecções hospitalares							9	18,4%	40	81,6%
P16	Existe validação pela Enfermagem referente aos processos de esterilização na Central de Material e Esterilização(CME)							5	10,2%	44	89,8%
P17	A Enfermagem implementa ação frente a falta de algum instrumental após ato cirúrgico na sala operatória.					1	2,0%	15	30,6%	33	67,3%

		Não importante		Pouco importante		Importância relativa		Importante		Muito importante	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
P18	Existe sistemática de Enfermagem implantada para a gestão de riscos ambientais na instituição			1	2,1%	4	8,5%	23	48,9%	19	40,4%
P19	A Enfermagem acompanha o destino das peças ao meio ambiente (aterro, necrotério e incineração) em conjunto com outras áreas	1	2,1%	2	4,2%	14	29,2%	19	39,6%	12	25,0%
P20	Existe articulação entre o Hospital e a Escola ou Faculdade de Enfermagem evidenciada na prestação da assistência	2	4,3%	1	2,1%	9	19,1%	22	46,8%	13	27,7%

No atributo Processo, dos 20 critérios inicialmente propostos 15 obtiveram votação de “importância relativa a muito importante”. Dos critérios que receberam o julgamento de “muito importante” e “importante” destacaram-se com percentual maior de 89,8% o 16, bem como acima de 80% os 1, 2, 8, 9, 10, 12 e o 15 referente aos assuntos de enfermagem, como descrição dos procedimentos operacionais, aplicação da sistematização da assistência, autonomia do enfermeiro para tomada de decisões, melhora freqüente dos processos assistenciais de enfermagem, respeito aos direitos e privacidade do paciente, parceria e vigilância epidemiológica com a CCIH e esterilização de materiais validada pelo enfermeiro.

Neste atributo os critérios 1, 2, 12, 15 e 16 atingiram 100% para o julgamento “importante e muito importante”.

Apenas os critérios 19 e 20, que mencionam sobre o acompanhamento da enfermagem no destino das peças ao meio ambiente em conjunto com outras áreas e sobre a existência de articulação entre o hospital e a escola evidenciada na prestação da assistência receberam avaliação pontuada nas 5 alternativas, com destaque a “importante” e “importância relativa”. Os enfermeiros não consideraram “muito importante” os critérios 18, 19 e 20 talvez porque sejam tarefas compartilhadas independente da gestão direta da enfermagem.

O valor do alfa de Cronbach varia de 0 a 1 e aponta maior consistência quanto mais próximo estiver de 1. O valor do alfa de Cronbach com todos os itens foi bastante elevado (0,971), indicando um instrumento bastante consistente com todos os itens.

Todos os 49 Enfermeiros responderam, no mínimo, ter aplicabilidade relativa. Destes, 44 enfermeiros (89,7%) responderam ser “aplicável” e “plenamente aplicável”. Considerou-se para “aplicabilidade relativa” que nem todos os critérios apresentados estão adequados para aplicação no SE. Para “aplicável”, o instrumento com os critérios podem ser adequados para a instituição. “Plenamente aplicável” os critérios podem ser utilizados para avaliação do SE como foi proposto.

CONCLUSÃO:

Todos os 20 (100%) critérios de enfermagem baseados em processo relacionados ao paciente e ao hospital foram validados com o alfa de Cronbach 0,971 considerado bastante consistente.

Quanto a aplicabilidade dos critérios, 44 (89,7%) enfermeiros responderam ser “aplicável”, ou seja, os critérios podem ser adequados para uso na instituição e “plenamente aplicável” sendo que os critérios podem ser usados para avaliar o SE como foi proposto neste estudo.

Estes critérios agregados a outros critérios de estrutura (11) e resultado complementam o instrumento de avaliação para o Serviço de Enfermagem.

O uso do instrumento de avaliação proposto como ferramenta no gerenciamento da qualidade e da segurança pode melhorar a gestão de enfermagem, a eficácia do cuidado hospitalar e a prevenção de danos ao paciente. Oportunizam a verificação de sistema de trabalho indicando onde são necessárias adequações e ou melhorias e ainda, aflora a descoberta de boas práticas dentro do serviço. O avanço organizacional é possível quando é conhecida a realidade local e se abrem oportunidades às mudanças.

Referências

- Feldman LB. Identificação dos critérios de avaliação dos serviços de enfermagem adotados nos processos de acreditação institucional [dissertação]. Guarulhos (SP): Universidade de Guarulhos; 2002.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de avaliação de políticas de saúde. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
- ONA: Organização Nacional de Acreditação. Brasília (DF): c2005-2010 [citado 2010 Mar 13]. Disponível em: <http://www.ona.org.br>.
- Burmester H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Rev Panam Salud Publ. 1997; 2(1):149-54.
- Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Barueri (SP): Manole; 2001.
- Alves VS, Feldman LB. Gestores da Saúde no âmbito da qualidade. Atuação e competências – abordagem multidisciplinar. São Paulo: Martinari, 2011.
- Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Garcez RM, tradutora. 3a ed. Porto Alegre: Artes Médica; 1995.
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press; 1999.
- Nunnally JC. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1978.
- Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006 Ago;14(4):540-5.

Qualidade e Segurança

P_159_2011 - Conhecimento de Enfermeiros sobre Ferramentas da Qualidade e sua Aplicação

Liliane Bauer Feldman, Vera Lucia de Souza Alves, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha, Josiane Francisca Godoy Parra

Resumo: As ferramentas da qualidade são importantes na gestão dos serviços de saúde e Enfermagem, e os Enfermeiros devem utilizá-las objetivando melhores resultados. No Curso de Especialização em Gestão em Enfermagem Modalidade à Distância ministrado na Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo esta temática é amplamente desenvolvida. Este estudo exploratório objetivou identificar o conhecimento e utilização destas ferramentas com 186 alunos do curso de 2009, através de questionário respondido no Ambiente de Aprendizagem Moodle. A maior parte conhecia e utilizou alguma ferramenta, destacando o Fluxograma, o Cronograma e a Folha de Verificação.

Palavras-chave: Enfermagem, Gestão de Qualidade, Administração e Organização Hospitalar, Administração em Saúde.

INTRODUÇÃO

O contexto do mundo neste século XXI tem-se caracterizado como globalizado e competitivo, necessitando de pessoas que possam adaptar-se com rapidez às mudanças nos ambientes organizacionais, que sejam líderes e que estejam focadas em resultados, sem perder de vista a qualidade do trabalho e da vida social. Constitui-se, pois num grande desafio para o enfermeiro manter-se atualizado.

O enfoque da Qualidade na gestão tradicional iniciou-se com a necessidade de aumentar a produção com foco no mercado, na competitividade e lucratividade e, mais tardiamente na área da saúde para melhorar a prestação da assistência médico-hospitalar 1,2.

Portanto, no atual milênio a ênfase dos gestores da área da saúde tem sido direcionada em buscar novos clientes, melhorar processos de trabalho almejando a segurança do paciente, desenvolver competências no âmbito profissional e da organização, mantendo sistemicamente a excelência no atendimento.

Estudos sobre qualidade em saúde destacam um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação do serviço, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado³, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas. Amplamente utilizada, a tríade pode ser agregada às ferramentas de gestão quer seja a nível organizacional como um todo, ou mesmo, na particularidade de cada serviço de saúde.

A Organização Mundial da Saúde⁴ estabeleceu que Qualidade nos serviços de saúde significa um alto nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, o mínimo de risco para o cliente e um alto grau de satisfação com impacto final na saúde.

Por sua vez estudiosos da Qualidade⁵ descrevem os aspectos da instrumentalização da organização de saúde para obtenção do êxito em qualidade, isto é, que seja assegurado ao cliente que toda organização estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios, e minimizar os riscos inerentes à ação médico-terapêutico, por meio de ferramentas de gestão, métodos e sistemas, entre outros.

Com o advento dos programas de qualidade, os enfermeiros têm se deparado com a necessidade de conhecer e dominar instrumentos que os auxiliem a analisar uma situação, apresentar soluções e resolver ou minimizar problemas⁶.

Por isso, na Enfermagem muitas ferramentas de qualidade têm sido aplicadas durante a realização dos trabalhos⁷ como facilitadoras da gestão, da avaliação, da pesquisa e da prática assistencial num universo multiplurista de ação com o foco permanente da melhoria do atendimento ao paciente.

Num outro aspecto, vivenciado mais especificamente pelo enfermeiro ou para a Enfermagem existem as ferramentas usadas para o cálculo de dimensionamento de pessoal, averiguação do nível de dor, folha de verificação, entre outros, que auxiliam na melhor estruturação do serviço, na satisfação do paciente e na minimização de danos. Pesquisas e trabalhos científicos mostram que isto repercute diretamente nos resultados organizacionais e que conseqüentemente evidencia a crescente utilização das principais ferramentas: Fluxograma, Cronograma, Brainstorming, Histograma, Diagrama de Pareto, Plano de Ação, PDCA, 5w3h, Diagrama de Causa e Efeito, 5 S, FMEA e Seis Sigma 6,7.

É, portanto necessário que os enfermeiros busquem atualização em ferramentas de qualidade a fim de responderem com rapidez e competência às constantes necessidades do mercado em saúde que, constantemente, busca melhorias objetivadas mensuráveis de forma positiva. Esta atualização pode ser feita em cursos presenciais que, nos grandes centros sofrem com as dificuldades de transporte, superlotação e distância que dificultam a frequência e o aproveitamento dos alunos.

O computador tem sido utilizado amplamente para a educação tanto à distância quanto presencialmente⁸, e juntamente com a internet tem um papel importante dentro desse contexto pela sua facilidade de acesso e possibilidade de diferentes conteúdos, amparados por múltiplas ferramentas. Este possibilita o envolvimento de estudantes e professores no desenvolvimento de atividades educativas em diferentes tempos e lugares⁹, permitindo ainda diferentes abordagens metodológicas e enfoques, suscitando no aprendiz um desenvolvimento criativo, flexível à sua realidade, diferenciado por regiões, classes sociais, facilitando seu crescimento pessoal, intelectual e profissional.

A Educação à Distância - EAD é uma estratégia para a educação permanente frente às novas tecnologias, sendo uma inovação pedagógica na educação, oferecendo oportunidades de aprendizado e acesso a um grande número de informações e conhecimento. É ainda um recurso de incalculável importância como modo apropriado para atender de forma mais efetiva grande contingente de alunos ou aqueles que se encontram muito distantes dos centros educacionais, sem o risco de reduzir a qualidade dos serviços oferecidos em decorrência da ampliação da clientela atendida. Portanto, proposta de Cursos de Especialização na modalidade a distância vai ao encontro dessa política, contribuindo para a capacitação e atualização dos enfermeiros.

A Disciplina de Administração aplicada à Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, que oferece há dez anos um Curso de Especialização em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem para enfermeiros na modalidade presencial com 60 vagas anuais, responde ao edital da Universidade Aberta do Brasil do Ministério da Educação (UAB-MEC) com a proposta de um Curso de Gestão para Enfermeiros na Modalidade à Distância. O programa do curso foi desenvolvido com a premissa de discutir a atuação do Enfermeiro como gestor nos serviços de saúde e Enfermagem, preparando-o para utilizar modernas ferramentas gerenciais e a pesquisa, a fim de gerenciar com eficiência os recursos físicos, materiais, humanos, financeiros, organizacionais, políticos e de informação para a assistência de Enfermagem. Assim, são contempladas as disciplinas Introdução a Administração Geral, Gerenciamento de Enfermagem, Gestão de Recursos Humanos, Gestão da Informação em Saúde, Gestão de Recursos Financeiros, Gestão de Recursos Físicos e Materiais, Avaliação em Serviços de Saúde e Enfermagem, Metodologia da Pesquisa, Tendências em Administração e Marketing em Saúde.

O MEC-UAB após analisar o projeto apresentado, disponibilizou os recursos a partir da solicitação de prefeitos que possuísem pólos de apoio presencial em suas cidades e tivessem interesse no curso, totalmente gratuito para 550 alunos, com uma carga horária de 416 horas. O Curso foi disponibilizado no período de abril 2009 a maio de 2010, incluindo-se neste período mais três meses de elaboração e apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC).

O ambiente utilizado para gestão da aprendizagem e de trabalho colaborativo é o Moodle, permitindo a criação de cursos on-line, ambientes de apoio às disciplinas presenciais, grupos de trabalho e comunidades de aprendizagem, podendo ser facilmente gerenciado pelo próprio professor.

Neste estudo abordaremos na disciplina Avaliação de Serviços de Saúde e Enfermagem, o terceiro conteúdo referente a Ferramentas da qualidade, objeto deste trabalho.

OBJETIVO

Descrever a opinião dos alunos do Curso de Especialização em Gestão em Enfermagem Modalidade à Distância quanto ao conhecimento e utilização das ferramentas da qualidade no contexto da saúde.

JUSTIFICATIVA

Cabe ao enfermeiro gestor de serviços de saúde e Enfermagem apropriar-se de conhecimento e informações atualizadas sobre administração dos serviços com intuito de suprir as demandas organizacionais referente aos resultados obtidos nos processos de trabalho. Entende-se que, se detentor de ferramentas, sistemas e instrumentos de avaliação, a possibilidade de alcançar os objetivos, metas e propósitos pode ser maior, contribuindo com fluidez a implementação das ações nas respectivas regiões brasileiras e seus locais de trabalho.

METODOLOGIA

Estudo exploratório baseado nos registros das respostas ao questionário (anexo 1) postadas no fórum do conteúdo 3, da disciplina 7, os quais ficam armazenados na plataforma Moodle. Os dados dos 11 fóruns foram coletados em janeiro de 2011.

Este estudo é parte integrante do Projeto "Ensino à Distância em Gestão para Enfermeiros: Desafios, Limites e Possibilidades", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao término do curso.

A Disciplina 7 "Avaliação de Serviços de Saúde e Enfermagem" foi composta dos seguintes conteúdos:

- Conteúdo 1: Avaliação e indicadores da assistência de Enfermagem
- Conteúdo 2: O Enfermeiro gestor e o desafio no novo milênio: indicadores da assistência de Enfermagem.
- Conteúdo 3: O Enfermeiro gestor e o desafio no novo milênio: as ferramentas da qualidade.

Para cada conteúdo foi disponibilizado uma prova e uma atividade no fórum de discussão. O conteúdo três foi direcionado para a discussão das ferramentas da qualidade como instrumentos que auxiliam o gestor a definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos dentro da organização. Dentro desta temática foi proposto ao aluno que discutisse no fórum as questões contidas no anexo 1.

Na Educação à Distância “o fórum pode ser visto como um elemento assíncrono de envio de mensagens em rede, destinadas, na maioria das vezes, a um grupo de pessoas habilitadas ao acesso das mesmas, cujos “direitos” são definidos por um organizador” 10. O fórum é considerado também como uma “sala de aula virtual”, onde os alunos têm possibilidades de discutir assuntos específicos; trocar informações; construção de um pensamento coletivo; se posicionar diante do que está sendo trabalhado no curso. Este espaço assíncrono propicia abertura à participação de todos (democrático), sendo que as mensagens podem ser recuperadas e rediscutidas a qualquer tempo.

É importante ressaltar que a postagem no fórum, embora fosse atividade obrigatória não era avaliada, é por isso que dos 469 alunos, apenas 186 alunos responderam a atividade proposta.

RESULTADOS

Dos 547 alunos matriculados, 469 (86%) freqüentaram regularmente o curso, realizando as provas e as atividades dos fóruns.

Neste fórum do conteúdo 3, da disciplina 7, que abordava as ferramentas da qualidade, 186 (40%) responderam ao questionamento, sendo que 172 (37%) conheciam alguma ferramenta e 14 (3%) não. Assim para efeitos de análise neste trabalho foram considerados como a amostra (n= 172 alunos), ou seja, os respondentes que relataram conhecer alguma ferramenta. No quadro a seguir estão apresentadas quais ferramentas para a gestão da qualidade os Enfermeiros conheciam.

Quadro 1 – Ferramentas para a gestão da qualidade conhecidas pelos alunos Enfermeiros do curso EAD. São Paulo, 2011.

FERRAMENTAS QUALIDADE	N=172	%
FLUXOGRAMA	118	69
CRONOGRAMA	114	66
FOLHA DE VERIFICAÇÃO	98	57
BRAINSTORMING	67	39
HISTOGRAMA	62	36
DIAGRAMA DE PARETO	54	31
PLANO DE AÇÃO	52	27
PDCA	47	27
5W3H	44	26
DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO	42	24
5 S	1	1
FMEA	1	1
SEIS SIGMA	1	1

Dos 172 enfermeiros que responderam conhecer alguma ferramenta, foram citados o Fluxograma (69%), Cronograma (66%), Folha de Verificação (57%), Brainstorming (39%), Histograma (36%), Diagrama Pareto (31%), Plano de Ação e PDCA (27%), 5W3H (26%) e o Diagrama causa e efeito (24%). As ferramentas menos conhecidas por estes enfermeiros respondentes foram o 5S, Seis Sigma e FMEA com 1% cada.

Na questão onde se indagou a utilização das ferramentas todos os enfermeiros respondentes declararam que incorporam alguma ferramenta de gestão da qualidade no seu dia-dia de trabalho, com resultados positivos na melhoria do atendimento ao paciente e significativo no contexto organizacional.

Abaixo selecionamos o discurso de quatro alunos respondentes:

“No meu trabalho já utilizei o fluxograma para montar protocolos de atendimentos a pacientes em PCR, IAM, EAP; também para padronizar o fluxo de atendimento aos pacientes no pronto-socorro, desde a entrada ao serviço até o momento de alta”. Enfermeiro 9

“Folha de verificação: utilizada no LDR (parto no quarto), para evitar a falta de materiais necessários e fundamentais a serem usados no mesmo; Diagrama de Pareto: construído para demonstrar o gasto de roupas na maternidade; Fluxograma: criado na obstetrícia para estabelecer as etapas a serem seguidas na profilaxia para Streptococcus do grupo B para gestantes; Cronograma: realizado em dois projetos de pesquisa por mim realizados. Em todos, os resultados foram satisfatórios, vindo ao encontro da finalidade proposta”. Enfermeiro 14

“Folha de verificação para o controle carrinho de emergência; Diagrama de Pareto para causa de afastamento de funcionários por motivo de doença; Diagrama de causa e efeito para investigação de acidente de trabalho; Fluxograma para descrever seqüências dos procedimentos de enfermagem; Plano de ação para resolução de pendências de enfermagem ou problema identificado; 5w3h para projeto de campanhas preventivas; Cronograma para planejamento anual das ações de enfermagem”. Enfermeiro 24

- “Hoje aplico a folha de verificação para conferir os materiais do meu setor; o histograma para avaliar a qualidade do meu serviço, o fluxograma para padronizar as funções realizadas no meu serviço e o cronograma para organizar as atividades de toda a equipe. E o setor que ocupo é o de APH. Com o uso das ferramentas conseguimos fazer com que o serviço caminhe, sendo que a maior vitória foi ter repassado para cada um a responsabilidade pela qualidade, hoje todos são e se acham responsáveis pela qualidade, uma vez que também comparamos os resultados, forçando-os a agir assim”. Enfermeiro 98

Ainda que apenas 40% dos alunos matriculados no curso tivessem respondido ao questionamento, destaca-se que 37% destes, conhecem as ferramentas de gestão da qualidade. Pode-se inferir que há espaço para disponibilizar mais conhecimento e discussão nos cursos EAD sobre ferramentas de gestão, com intuito de possibilitar a aplicabilidade por todos os enfermeiros na área da saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a maioria dos enfermeiros respondentes, conhece e aplica as ferramentas para gestão da qualidade em seus locais de trabalho.

Depreendem-se dos discursos que a utilização de ferramentas de gestão pode contribuir consideravelmente para melhorar os processos de trabalho organizacionais especialmente os de Enfermagem. Varias ferramentas são utilizadas concomitantemente nas organizações de saúde pelos gestores enfermeiros¹², cada qual com um foco de aplicação. Destacaram-se o Fluxograma, o Cronograma e a Folha de verificação com maior conhecimento e utilização.

É relevante destacar que as ações implementadas por estes enfermeiros foram em instituições em cidades dos estados do Pará, Amazonas, Tocantins, Mato Grosso e São Paulo, indicando ampliação do uso destas ferramentas promovendo a capacitação destes.

Outros cursos EAD e novos estudos são pertinentes com o desafio de aprimorar a gestão do conhecimento, o treinamento individual e coletivo nas organizações, bem como a aplicação da qualidade e suas ferramentas pelos gestores no campo da saúde atingindo e oportunizando os profissionais em todo país.

Referências

- 1- Cerqueira Neto EP. Gestão da qualidade: princípios e métodos. 3ª Ed. São Paulo: Pioneira; 1993.
- 2- Mello JB, Camargo MO. Qualidade na saúde: práticas e conceitos. Normas ISO nas áreas médico-hospitalar e laboratorial. São Paulo: Best Seller; 1998.
- 3- Donabedian, A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment (Explorations in Quality Assessment and Monitoring, volume I). Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.
- 4- Organização Mundial da Saúde: Estratégia Global para a Saúde para Todos no ano 2000. Genebra; 1981. Genebra 1981.
- 5- Gastal FL, Leite SO. Prevenção e assistência psiquiátrica sob o enfoque de qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema. Revista ABP-APAL, v. 14, n. 4, p. 159-167, 1992.
- 6- Bohomol E. Ferramentas da qualidade e sua utilização no gerenciamento dos serviços de saúde e de Enfermagem in D'Innocenzo, M e cols. Indicadores, Auditorias e Certificações - Ferramentas de Qualidade para Gestão em Saúde. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2010.
- 7- Leniz RA, Silva RF, Erdmann AL. Ferramentas da qualidade e produtividade: utilização nos serviços de Enfermagem. Texto e contexto: Florianópolis, v.5, n. 2, p. 102-116, jul/dez, 1996.
- 8- Ministério da Educação (BR). Sobre Educação a Distância. Brasília (DF), 2005. Disponível em: http://uab.capes.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=57> Acesso em 13 abr. 2009.
- 9- Bastos MAR, Guimarães EMP. Educação à distância na área da enfermagem: relato de uma experiência. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.11, nº. 5, Ribeirão Preto, Set./Out. 2003.
- 10- Oliveira GP. O fórum em um ambiente virtual de aprendizado colaborativo, 2010. Disponível em: <http://www.pucsp.br/tead/n2/pdf/artigo3.pdf>. Acesso em 06 fev. 2011.
- 11- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004
- 12- Alves, VLS. Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2009.

ANEXO 1- Questionário

Você já conhecia alguma ferramenta para gestão da qualidade? Sim ou Não.

Se sim, qual ou quais?

Você já teve oportunidade de trabalhar com alguma ferramenta? Sim ou não

Se sim, qual ferramenta utilizou?

Onde foi aplicada? Setor e projeto?

Qual o resultado alcançado com o uso da ferramenta?

Qualidade e Segurança

P_160_2011 - Avaliação de postos de coleta laboratorial de unidades de atenção primária da Secretaria Municipal da Saúde

Glória Maria Ferreira Ribeiro, Valeria Terra

1. INTRODUÇÃO

No Brasil a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de definir os requisitos para o funcionamento dos laboratórios e postos de coleta laboratoriais públicos e privados de análises clínicas, patologia clínica e citologia, publicou em outubro de 2005 a primeira Resolução da Diretoria Colegiada sobre coleta e processamento de material humano visando à realização de exames e testes laboratoriais (RDC302/2005). Em seu artigo terceiro a RDC 302 determina que “as secretarias da Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar os procedimentos para adoção do regulamento técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo as especificidades locais”. ()

O laboratório clínico como apoio diagnóstico deve buscar a melhoria contínua da qualidade, procurando atingir a credibilidade e satisfação de seus clientes. Os serviços de saúde deverão produzir informações, que depois de coletadas e analisadas, permitam o seu aperfeiçoamento. Esse processo é o ciclo da melhoria contínua. Alguns países procurando eficácia, eficiência e efetividade, e considerando a necessidade de prevenção e minimização de ocorrências de erros, desenvolveram diferentes modelos de avaliação da garantia da qualidade (conjunto de atividades planejadas, sistematizadas e implementadas com o objetivo de cumprir os requisitos de qualidade especificados) na prestação de serviços. Um desses modelos de acreditação de laboratórios clínicos avalia informações e indicadores, auxiliando nas tomadas de decisões para melhoria dos serviços.()

Os serviços de apoio diagnóstico laboratorial do Sistema Único de Saúde do município são tecnicamente orientados pela área de Assistência Laboratorial. A assistência laboratorial SMS, procurando orientar as equipes envolvidas neste processo para atender os requisitos da RDC 302 busca modelos de qualidade que devem ser disseminados, compreendidos, implementados e garantidos por todos no processo de execução do exame laboratorial.

A coleta de materiais biológicos é realizada nas unidades de saúde, em postos de coletas (serviço vinculado a um laboratório clínico, que realiza atividade laboratorial, mas não executa a fase analítica dos processos operacionais, exceto os exames presenciais, cuja realização ocorre no ato da coleta sob responsabilidade técnica definida). Executam essa tarefa funcionários habilitados designados pelas unidades, podendo pertencer ao quadro de funcionários próprios ou aos serviços contratados e conveniados. O transporte dos materiais é realizado pelos serviços laboratoriais contratados e a execução dos exames, pelos laboratórios referenciados em cada região, com serviços próprios (atendimentos realizados em estabelecimentos e com profissionais pertencentes à SMS), e parcerias com empresas privadas, onde metas e ações são pactuadas sendo que o serviço é ofertado e atestado mensalmente para proceder ao pagamento. A rede de atenção primária é atendida por dois ou mais destes serviços.

O atendimento laboratorial é acompanhado e atestado mensalmente, quanto à quantidade e qualidade dos serviços prestados, pelos responsáveis técnicos das unidades atendidas.

No ano de 2009, um dos laboratórios contratados pela SMS, consciente que na implantação de um Sistema de Garantia da Qualidade uma empresa deve monitorar avaliar e orientar pessoas demonstrando interesse contínuo da organização pela qualidade, e que neste processo as auditorias proporcionam uma verificação periódica do sistema implantado, solicitou à SMS uma visita técnica aos postos de coleta. Essa solicitação deu-se anteriormente a um de seus processos de avaliação externa da qualidade (atividade de avaliação do desempenho analítico por meio de comparações interlaboratoriais) desenvolvido por um processo de acreditação da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC), o Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC). ()

O relatório da visita técnica foi disponibilizado para a Assistência Laboratorial; a análise e a avaliação destas informações auxiliarão na proposição de ações para a melhoria da fase laboratorial realizada nos postos de coleta da SMS.

2. JUSTIFICATIVA

Obedecendo à orientação do Ministério da Saúde e a fim de facilitar o acesso ao usuário, os exames laboratoriais solicitados pelas unidades de saúde da rede pública do município são coletados, em sua maioria, nas próprias unidades e encaminhados aos laboratórios públicos, contratados e conveniados da rede.

Para garantir a qualidade do serviço prestado a essas unidades, a Assistência Laboratorial e os laboratórios que pertencem a essa rede procuram identificar, orientar e implantar ações para a melhoria contínua nas fases que envolvem a realização de exames.

As fases são:

Pré-analítica – inicia com a solicitação do exame, passa pela obtenção da amostra e finda ao se iniciar a análise propriamente dita;

Análítica – conjunto de operações com descrição específica, utilizadas na realização das análises de acordo com determinado método;

Pós-analítica – inicia após a obtenção de resultados válidos das análises e termina com a emissão do laudo, para a interpretação do solicitante. (4) (5)

Segundo Plebeni (2006), 46% a 68% dos erros laboratoriais acontecem na fase pré-analítica, 7% a 13% na fase analítica e 18% a 47% na fase pós-analítica. Outro dado significativo é que 60% a 70% das decisões médicas dependem de resultados de exames laboratoriais. (6)

Os profissionais envolvidos com o serviço laboratorial nas unidades de saúde devem ter como principais funções na fase pré-analítica o atendimento e orientação aos usuários para a coleta necessária aos diversos tipos de procedimentos, conferência da requisição de exame, preparo para a coleta, coleta, identificação, preparo e acondicionamento das amostras biológicas para posterior transporte e, na fase pós-analítica, o recebimento, conferência, arquivamento e entrega dos laudos aos usuários.

O objetivo do controle da fase pré-analítica é garantir que as amostras e materiais tenham a representatividade desejada e mantenham a integridade de sua composição e funcionalidade. É importante enfatizar que a maioria dos erros pré-analíticos não são percebidos ou são negligenciados nos procedimentos de avaliação e interpretação dos resultados de laboratório. Não existem meios físicos para medir e controlar a ação dos efeitos pré-analíticos, como há materiais de controle da fase analítica. O controle deve basear-se em treinamentos de pessoal e na padronização dos procedimentos de registros das atividades. (4)

A avaliação dos serviços que envolvem a coleta de exames laboratoriais contribui para verificar a necessidade de intervenção no modelo atual, procurando identificar os problemas onde poderemos propor ações de melhoria reduzindo as causas de erros relacionados à fase pré-analítica.

3. OBJETIVOS

Analisar os dados do relatório de visita técnica realizada por um prestador da área laboratorial nas unidades da SMS em uma coordenadoria do município.

Identificar os pontos de necessidade de melhoria.

Ordenar os problemas prioritários para elaboração de ações de melhoria.

4. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em mais de 100 unidades de uma coordenadoria de saúde, correspondendo a 20% das unidades de atenção primária da Secretaria. O instrumento de coleta de dados, um questionário contendo 14 questões relacionadas à Norma PALC (Anexo 1), foi aplicado por avaliadores contratados por uma empresa prestadora de serviços laboratoriais da SMS a funcionários envolvidos na fase pré-analítica em unidades de saúde – postos de coleta. A formulação das questões não foi avaliada previamente pela SMS.

Foi disponibilizado pelo prestador à Assistência Laboratorial SMS o relatório das entrevistas, contendo todas as respostas de cada unidade da coordenadoria. O relatório apresenta a resposta para cada questão (sim, não e não aplicável) e aponta as evidências que justificam as respostas.

Verificamos a frequência de resposta “SIM” para cada questão, em todas as unidades da coordenadoria. Esclarecemos que a resposta “sim” indica que há evidências de conformidade com a Norma no quesito analisado.

5. RESULTADOS

Para efeito deste estudo consideramos as questões com respostas afirmativas presentes em número inferior a 50% das unidades avaliadas como pontos críticos, em 50% a 75% como pontos de média necessidade de intervenções, e as questões que tiveram respostas afirmativas em mais de 75% das unidades, pontos onde foram encontradas evidências da qualidade do serviço em atendimento aos itens abordados da RDC 302 e Norma PALC versão 2007.

O gráfico a seguir apresenta a frequência de respostas “sim” para cada um dos itens avaliados no questionário.

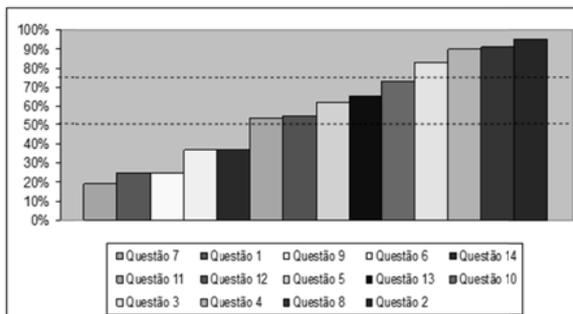


Gráfico 1 - Frequência de respostas SIM em ordem crescente, por procedimentos no total de unidades.

A análise evidencia dez pontos críticos ou com necessidade de melhoria (questões 7, 1, 9, 6 e 14 e questões 11, 12, 5, 13 e 10 respectivamente) e quatro pontos (questões 3, 4, 8 e 2) com evidências de atendimento aos itens abordados no questionário.

Os pontos críticos são relacionados a procedimentos de registros e/ou anotações em requisições ou documentos, mostrando as dificuldades ou a falta de hábito do pessoal de nível técnico com a parte administrativa, cada vez mais presente e necessária nesta fase.

Pontos de necessidade de média intervenção: identificação do cliente, acondicionamento para transporte do material biológico, itens que englobam procedimentos administrativos e conhecimento técnico das formas de acondicionamento por tipo de amostra biológica e solicitação.

Pontos de atendimento a norma: utilização correta dos insumos, capacidade de entender a solicitação médica e saber relacionar com o material a ser coletado, mostrando o domínio e familiaridade nas práticas que envolvem o ato da coleta.

6. CONCLUSÃO

A análise do relatório apresentado foi construtiva no sentido de traçar as necessidades de melhoria no processo pré-analítico realizado nos postos de coleta de exames laboratoriais da SMS, demonstrando que sua aplicação pode ser útil nas demais coordenadorias da SMS. Aponta, também, a necessidade de constante atuação da área de Assistência Laboratorial nas unidades de coleta de exames laboratoriais, procurando orientar e sensibilizar as equipes para a melhoria contínua, alinhando o conhecimento das normas de garantia da qualidade laboratorial e ampliando o atendimento da RDC 302.

Abaixo listamos algumas melhorias propostas a partir da análise do relatório:

Capacitar os responsáveis pela coleta laboratorial para conscientização dos funcionários envolvidos nesta etapa sobre a importância da identificação correta e dados solicitados na guia do serviço de apoio de diagnóstico e terapêutico (SADT);

Reformular o modelo de requisição SADT, de forma a contemplar todos os itens propostos pela RDC 302;

Revisar os conteúdos dos treinamentos realizados para as equipes dos postos de coleta SMS;

Orientar o registro dos treinamentos e acessibilidade aos mesmos a quem necessitar destes dados;

Instituir um instrumento de comprovação de coleta de amostra biológica para todas as unidades de saúde da SMS;

Dar conhecimento a todos os envolvidos na sala de coleta das unidades sobre a existência de um documento norteador da fase pré-analítica realizada pelos postos de coleta;

Orientar a criação de Pops necessários nos postos de coleta;

Incentivar e dar suporte técnico às unidades de coleta de exames laboratoriais para a organização do serviço laboratorial, tendo como meta a certificação de qualidade laboratorial PALC da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas e/ou outros programas de acreditação laboratorial.

Algumas dessas ações de melhoria já começaram a ser implementadas, precisando ainda de um tempo para que os resultados possam ser avaliados e realizada uma nova aplicação do questionário para comparação dos indicadores apresentados.

Referências

1. Brasil. ANVISA. Resolução RDC nº302 Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Laboratório Clínico. Brasília (DF); Agência Nacional de Saúde; 2005.
2. Shcolnik W. Acreditação de Laboratórios Clínicos; 1974.
3. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial. Comissão de Acreditação de Laboratórios Clínicos. Norma PALC versão 2007
4. Mendes ME, Gartner MT, Sumita NM, Sanchez PB. Gestão por processos no laboratório clínico. Uma abordagem prática. São Paulo. EPR Editora Ltda. 2006.
5. Apostilas do II e III encontro da qualidade laboratorial HCOR-Hospital do Coração. Dezembro de 2007 e 2008.
6. Plebeni. M. Errors in clinical laboratories or errors in laboratory medicine. Clin Chem. Lab Méd. 2006.

ANEXO 1

Questionário

- 1- Há registros de treinamentos?
- 2- Armazenamento de insumos conforme critério dos fabricantes?
- 3- Utilização de insumos de acordo com o prazo de validade?
- 4- Pedidos médicos que possibilitam a perfeita identificação: cliente, material e análise requisitada?
- 5- Identificação do cliente no atendimento?
- 6- Informações na guia de solicitação ao serviço de apoio diagnóstico terapêutico (SADT) atendendo as identificações necessárias ao cadastro do cliente?
- 7- Informação do posto de coleta ao laboratório de cada atendimento: data, horário, local e responsável pela coleta e/ou recebimento de materiais e amostra?
- 8- Fornecimento de comprovante de atendimento ao cliente ou seu responsável?
- 9- Conferência do preparo do cliente antes da coleta, para a realização de testes requisitados, ou informação ao laboratório da inadequação do preparo?
- 10- Existência no posto de coleta de instruções documentadas que orientem: recebimento, coleta, identificação de amostras e conhecimentos dos procedimentos de coleta de cada tipo de material biológico?
- 11- Acondicionamento correto de amostras na unidade, para posterior transporte?
- 12- Transporte interno das amostras no posto de coleta em condições de segurança para o transportador e público em geral?
- 13- Conhecimento das instruções descritas de limpeza, desinfecção e esterilização de superfícies, instalações, equipamentos, artigos e materiais?
- 14- Existências nos postos de coleta de normas e condutas de segurança física, biológica, química, ocupacional e ambiental (biossegurança e segurança do trabalho)?

Acreditação

P_161_2011 - Gerenciamento e uso de medicamentos – Análise da Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Fabio Rafael Wasem Lopes, Kharina Mayara Moreira Dias, Ricardo Roitman Wolkind, Gabriel Boschi, Sabrina Prates de Noronha Romanczuk, Mariza Machado Kluck

Resumo: Sendo um processo de avaliação externa dos sistemas assistenciais, estruturas organizacionais e resultados, a acreditação é uma das ferramentas disponíveis para avaliação e padronização da qualidade assistencial prestada por organizações de saúde. Os efeitos adversos e os erros de medicação estão associados a um maior tempo de internação e maior custo para os hospitais. A comparação dos parâmetros do gerenciamento e uso de medicamentos do Manual de Acreditação Internacional da JCI com as práticas vigentes no HCPA mostram inconformidades passíveis de solução. Atingir a excelência nesses itens é fundamental para o processo de acreditação do HCPA.

Palavras-chave: Acreditação hospitalar, efeitos adversos, erros de medicação.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado através da Constituição Federal de 1988, promoveu grandes avanços para as condições de saúde da população brasileira, entretanto há ainda dois grandes desafios quanto à assistência hospitalar: aumento da eficiência e melhoria na qualidade. Entre esses desafios podemos encontrar as dificuldades na gestão, assim como a falta do interesse pela melhoria contínua de qualidade.

A qualidade das instituições públicas ou privadas está diretamente relacionada à quantidade e à qualidade da informação fornecida. Esta informação deve conter especificações, não apenas sobre a natureza e qualidade dos bens e serviços oferecidos, mas também sobre os aspectos de funcionamento da instituição que asseguram que a instituição funcione com base em princípios éticos, eficiência e qualidade. Entretanto, na área da saúde, o funcionamento é complexo e os produtos – bens e serviços – não são singulares e auto-explicativos. Somente a geração de informação para a avaliação com base em metodologias já estabelecidas que envolvam as necessidades reais dos pacientes podem reduzir estas assimetrias.

A fim de se avaliar a qualidade assistencial criaram-se alianças mundiais, através de protocolos, que visam à redução significativa e sustentável de eventos que prejudiquem a segurança dos pacientes. A iniciativa mais antiga no campo da acreditação em saúde, foi a criação da Joint Commission for Accreditation on Health Care Organizations (JCAHO) nos Estados Unidos da América em 1951, a qual busca identificar os mecanismos para alcançar a excelência na prestação de cuidados, de forma segura, eficaz e custo-efetiva para os cidadãos. Em 1994 foi criada a Joint Commission International (JCI) como um braço internacional da JCAHO. No Brasil existem duas instituições a ONA e a CBA que competem pelo mercado nacional de aferição da qualidade hospitalar.

Independente da instituição a avaliação é baseada em critérios que devem ser mensuráveis e os protocolos devem prevenir eventos adversos na prestação de cuidado ao paciente. O evento adverso é o surgimento de um problema de saúde causado pelo cuidado e não pela doença de base, ou seja, “uma lesão não intencional que resultou em incapacidade temporária ou permanente e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado”. Os eventos adversos relacionados a medicamentos são responsáveis por cerca de 20% do total de casos observados, atrás apenas daqueles associados a procedimentos cirúrgicos (OMS, 2004).

Para observar as consequências clínicas e financeira de eventos adversos relacionados a medicamentos toma-se como exemplo um estudo de caso-controlado realizado em Boston (EUA). Os dados coletados indicaram aumento no período de internação em decorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos de dois a cinco dias por paciente. Este aumento foi maior nos casos decorrentes de erros de medicação. O custo anual estimado do hospital para com eventos adversos a medicamentos foi de 9 milhões de dólares (Bates et al, 1997). Outros estudos internacionais também apontam os erros de medicação como sendo o principal componente dos eventos adversos (Kohn, 2001; Ashp, 1993; Lesar et al, 1997).

OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo é analisar o capítulo de gerenciamento e uso de medicamentos (MMU) do Manual de Acreditação Internacional da Joint Comission international (JCI) e o relatório da Avaliação Diagnóstica realizada pelo CBA na etapa de preparação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para a Acreditação Internacional, com dados de novembro de 2009. Com base nessa análise serão propostos planos de ação para a correção de não conformidades nos padrões MMU.7 e MMU 7.1, referentes ao monitoramento dos efeitos dos medicamentos sobre os pacientes e os erros de medicação.

JUSTIFICATIVA

Os efeitos adversos e os erros de medicação estão associados a um maior tempo de internação e maior custo para os hospitais, com isso justifica-se a detecção e resolução de não conformidades nesses itens, de acordo com os critérios de acreditação internacional.

METODOLOGIA

Revisão da literatura e análise de dados do Relatório da Avaliação Diagnóstica realizada pelo CBA na etapa de preparação do HCPA para a Acreditação Internacional e do Manual da Acreditação Internacional da JCI. Foram utilizadas planilhas do Microsoft Office Excel para elaboração de gráficos a partir dos dados analisados.

RESULTADOS

Quanto ao desempenho geral, o relatório da Avaliação Diagnóstica realizada pelo CBA na etapa de preparação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para a Acreditação Internacional apresentou um total de 670 elementos de mensuração em conformidade com o Manual de Acreditação Internacional da JCI, correspondendo a 55,2% do total, e 43,1% dos padrões estão parcialmente conformes ou não estão em conformidade com as recomendações da JCI (figura 1).

Desempenho Geral

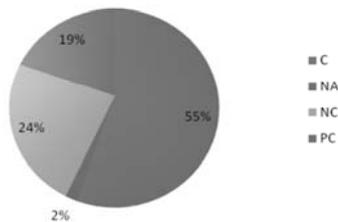


Figura 1. Desempenho geral do HCPA em 2009, envolvendo um total de 1214 padrões de avaliação do Manual da Acreditação Internacional da JCI. Legenda: C – Conforme; NA – Não avaliado; NC – Não conforme; PC – Parcialmente conforme.

Referente ao capítulo de gerenciamento e uso de medicamentos, 48% do total de elementos de mensuração estavam em conformidade com o Manual de Acreditação Internacional da JCI e 51% dos padrões estavam parcialmente conformes ou não estão em conformidade com as recomendações da JCI (figura 2).

MMU - Gerenciamento e Uso de Medicamentos

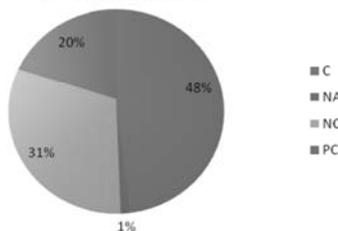


Figura 2. Desempenho do HCPA em 2009 quanto ao gerenciamento e uso de medicamentos, envolvendo um total de 85 padrões de avaliação do Manual da Acreditação Internacional da JCI. Legenda: C – Conforme; NA – Não avaliado; NC – Não conforme; PC – Parcialmente conforme.

No capítulo de gerenciamento de medicamentos existem sete conjuntos de padrões. O monitoramento de medicamentos corresponde ao padrão sete (MMU-7 e MMU-7.1). O MMU-7 aborda o monitoramento dos efeitos dos medicamentos sobre os pacientes, enquanto o MMU-7.1 se refere aos erros de medicação (tabela 1 e 2). Entre os resultados observa-se 12% dos elementos de mensuração em conformidade com as recomendações da JCI e 88% estão parcialmente conformes ou não estão em conformidade (Figura 3).

Distribuição de padrões de monitoramento de medicamentos

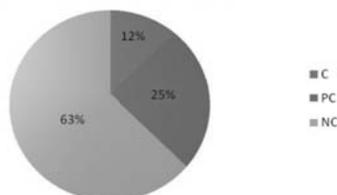


Figura 3. Desempenho do HCPA em 2009 com relação aos padrões de monitoramento de medicamentos, correspondendo aos padrões MMU-7 e MMU-7.1, envolvendo um total de 8 itens de avaliação do Manual da Acreditação Internacional da JCI. Legenda: C – Conforme; NC – Não conforme; PC – Parcialmente conforme.

DISCUSSÃO

O desempenho geral do HCPA, na avaliação diagnóstica, apresenta 24% dos padrões fora de conformidade com o manual da acreditação internacional da JCI. Observando o capítulo de gerenciamento e uso de medicamentos, nota-se que o percentual de padrões fora de conformidade aumenta para 31% e, dentro desse capítulo, o conjunto de padrões referentes ao monitoramento de medicamentos (MMU-7 e MMU-7.1) apresenta um percentual ainda maior de padrões fora de conformidade, de 63%.

Os efeitos adversos relacionados aos medicamentos constituem 20% do total de casos observados, atrás apenas daqueles associados a procedimentos cirúrgicos (OMS, 2004), sendo, portanto, um item importante de avaliação para acreditação internacional. Além disso, a avaliação dos efeitos adversos é importante para uma maior segurança dos pacientes, gerando substrato para o desenvolvimento de ações para a redução da incidência desses efeitos e identificação de grupos de risco.

Tabela 1. Elementos de mensuração do padrão MMU-7

Os efeitos dos medicamentos nos pacientes são monitorados, incluindo efeitos adversos.	PC
O processo de monitoramento é colaborativo.	C
A instituição tem uma política que identifica os efeitos adversos a serem registrados no prontuário e os que devem ser notificados à instituição.	NC
Os efeitos adversos são documentados no prontuário do paciente, conforme requerido pela política.	NC
Os erros de medicação são notificados no prazo estabelecido pela política.	NC

Tabela 2. Elementos de mensuração do padrão MMU-7.1

A instituição define o erro de medicação e quase falha.	PC
Os erros de medicação e quase falhas são notificados de forma oportuna, através de um processo estabelecido.	NC
A instituição utiliza as informações relativas às notificações de erros de medicação e quase falha para melhorar os processos de uso de medicamentos.	NC

Os efeitos adversos dos medicamentos são subdivididos em dois grupos. O primeiro, mais adequadamente relacionado ao padrão MMU-7, diz respeito ao risco inerente frente à utilização adequada de medicamentos, portanto, inevitáveis. O segundo, relacionado ao padrão MMU-7.1, é definido como erros de medicação, entendido como qualquer evento passível de prevenção, decorrentes do uso inadequado ou não utilização de medicamentos necessários, portanto, possivelmente relacionado com falhas nos procedimentos (Rosa e Perini, 2003).

Segundo o relatório de avaliação diagnóstica, o elemento de mensuração MMU-7/1 é parcialmente cumprido, pois os efeitos esperados dos medicamentos está restrito a um grupo de fármacos de alto custo. Os eventos adversos são monitorados quando relatados, no entanto não há ainda um processo de busca ativa dos efeitos adversos, exceto para pequeno grupo de medicamentos de alto risco. Então, para a monitorização eficaz é importante que os médicos façam perguntas direcionadas para a procura de efeitos adversos, que muitas vezes são ignorados por consistirem em sintomas de menor importância diante do quadro clínico.

Quanto ao MMU-7/3, não foi apresentada política identificando os efeitos adversos a serem registrados no prontuário e os que devem ser notificados à instituição. A definição de uma política para o monitoramento dos efeitos adversos além de resolver esse elemento de mensuração, torna possível o cumprimento dos elementos MMU-7/4 e MMU-7/5, que incentivam a documentação dos efeitos adversos no prontuário do paciente e os prazos de notificação desses efeitos, de acordo com a política institucional.

O HCPA possui um alto grau de informatização, que possibilita agilidade e segurança a procedimentos e registros, sendo assim, a introdução de um sistema de monitoramento dos efeitos adversos dentro do prontuário eletrônico, regido por uma política institucional sólida e elaborada pela Comissão de Medicamentos do HCPA pode auxiliar na resolução do padrão MMU-7.

O elemento de mensuração MMU-7.1/1 incentiva a definição dos erros de medicação e quase falha. De acordo com o relatório de avaliação diagnóstica, a instituição está em fase de definição desses erros, abrangendo os processos de prescrição e dispensação. Quanto ao MMU-7.1/2 e MMU-7.1/3, torna-se necessário um sistema de notificação e o uso dessas informações para o desenvolvimento de estratégias que minimizem as falhas em todo o processo. Vale lembrar que a conformidade dos demais parâmetros analisados no capítulo de gerenciamento e uso de medicamentos é fundamental para o controle dos erros de medicação, pois as falhas podem ocorrer em todos os níveis e isso exige qualidade no processo de seleção e aquisição de medicamentos, na organização, supervisão e na armazenagem desses medicamentos.

CONCLUSÕES

Atingir a conformidade nos elementos de mensuração do Manual de Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI) no tocante ao monitoramento de medicamentos é uma etapa importante, ainda que dependa da regularização de outros padrões, para o processo de acreditação do HCPA.

Muito mais do que números percentuais e concordância com a JCI, a qualidade assistencial, no quesito dos medicamentos, reflete diretamente sobre os pacientes e devido a essa importância exige a definição de políticas eficazes para minimizar a ocorrência de erros de medicação e o registro e estudo dos efeitos adversos relacionados aos medicamentos.

Referências Consultadas

1. Organização Mundial da Saúde. Segurança dos medicamentos: um guia para detectar e notificar reações adversas a medicamentos. Por que os profissionais de saúde precisam entrar em ação / Organização Mundial da Saúde. Brasília: OPAS/OMS, 2004.18 p.
2. Kohn LT. The Institute of medicine report in medical error: overview and implications for pharmacy. *Am J Health-Syst Pharm.* 2001; 58:63-6.
3. ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. *Am J Health-Syst Pharm.* 1993; 50:305-14.
4. Lesar TS et al. Factors related to errors in medication prescribing. *JAMA* 1997; 277:312-17.
5. Rosa MB e Perini E. Erros de medicação: quem foi?. *Revista. Assoc. Med. Bras.* 2003;49:335-341.
6. Magarinos-Torres R., Osório-De-Castro C.G.S. Gerenciamento de eventos adversos relacionados a medicamentos em hospitais.
7. Relatório HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE 23/11/2009, páginas 49-56.
8. Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais, 3ª edição, Consórcio Brasileiro de Acreditação. Qualidade e Segurança

P_162_2011 - Qualidade da assistência de enfermagem em medicina diagnóstica na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição privada

Ana Claudia Alcantara Garzin, Marta Maria Melleiro

Resumo: Objetivou analisar a qualidade da assistência de enfermagem de uma instituição de Medicina Diagnóstica, fundamentado no modelo Donabedian. Na dimensão de estrutura, percebeu-se favorabilidade relacionada aos materiais, equipamentos, mobiliário, capacitação da equipe e protocolos para a segurança do usuário. Em processo, às ações que evitem não conformidades e riscos ao usuário. E, em resultado, à atitude ética e à satisfação com a qualidade do atendimento prestado. A dimensão com maior e menor favorabilidade foram, respectivamente, resultado e processo. Acredita-se que este estudo contribua para a reorganização dos pontos vulneráveis, sobretudo na dimensão de processo que apresentou menor escore.

Descritores: Qualidade da assistência à saúde; Avaliação em saúde; Medicina Diagnóstica; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade de produtos e serviços abrange todas as esferas dos setores produtivos, sejam elas públicas ou privadas.

A qualidade pode ser definida como um conjunto de propriedades de um serviço ou produto, que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e expectativas de seus usuários (1-2). Pode também ser entendida como uma busca constante de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos conduzindo à melhoria dos processos e resultados, visando às conformidades frente aos órgãos reguladores e à satisfação dos usuários (3-4).

Cabe ressaltar que nos serviços de saúde, a qualidade deve ser enfatizada, uma vez que produto/serviço é consumido durante a sua realização. Nesse sentido, a interação entre todos os recursos da instituição afetam o seu desempenho, mas são as ações humanas que determinam esse processo, pois configuram a relação que é construída no exato momento da realização, caracterizando o produto da assistência à saúde como intangível, pois não é possível tocá-lo ou armazená-lo (5-6).

Nessa perspectiva, a qualidade da atenção à saúde é difícil de ser definida e envolve alguns critérios, determinados em forma de juízo de valor, considerados a partir das referências dos sujeitos envolvidos que atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos, de acordo com suas preferências, necessidades e expectativas individuais e sociais (7-8).

No entanto, o modelo Donabediano considera que a qualidade da assistência não é um atributo abstrato, sendo construída pela análise dos componentes das dimensões de estrutura, que corresponde às características relativamente estáveis da instituição, tais como área física, recursos humanos, materiais e financeiros; de processo que refere-se aos procedimentos empregados e ao desenvolvimento das atividades dos profissionais envolvidos na prestação de serviços ao usuário; e de resultado que caracteriza-se pela consequência das atividades realizadas, sendo a demonstração da combinação de fatores do meio ambiente, da estrutura e do processo (8).

Assim, inserida no setor de saúde, encontra-se a Medicina Diagnóstica (MD) que é considerada como um conglomerado de especialidades direcionadas à realização de exames complementares, contribuindo em toda a cadeia de saúde: prevenção, diagnóstico, prognóstico e acompanhamento terapêutico, buscando, constantemente, métodos diagnósticos cada vez mais sensíveis e precisos, atrelados à evolução da ciência e ao avanço tecnológico (9).

Nesse sentido, é imprescindível avaliar a qualidade da assistência de enfermagem inserida nas instituições de MD tendo em vista que esse segmento do setor de saúde utiliza grande arsenal tecnológico, a fim de garantir a excelência e a confiabilidade dos resultados e, cujo processo de trabalho, inicia-se, muitas vezes, com os profissionais de enfermagem.

Dessa forma, ao discutir qualidade como produto do trabalho das pessoas, faz-se necessário compreender a equipe de enfermagem, assim como suas percepções, considerando que a melhoria da qualidade, depende, em grande parte, do compromisso e comprometimento desses profissionais (10-11).

Este estudo, portanto, fundamenta-se na premissa de conhecer a percepção da equipe de enfermagem que atua em MD acerca da qualidade da assistência prestada, através do modelo Donabediano, almejando que os resultados auxiliem na tomada de decisão e na produção de um conhecimento específico.

OBJETIVO

Analisar a percepção dos trabalhadores de enfermagem de uma empresa de medicina diagnóstica acerca da qualidade da assistência de enfermagem prestada, considerando-se os componentes das dimensões de estrutura, processo e resultado.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento exploratório-descritivo, realizado nas unidades de atendimento de uma empresa privada de Medicina Diagnóstica.

O projeto de pesquisa deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição e somente após a sua anuência, iniciou-se a coleta de dados que contou com 203 participantes, os quais foram esclarecidos acerca dos objetivos desta pesquisa, sobre a garantia do sigilo das informações e da voluntariedade na participação, sendo entregue e preenchido, nessa ocasião, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2010, por meio de um instrumento de um questionário constituído de duas partes, sendo a primeira designada para os dados sócio-demográficos dos participantes e a segunda composta por 45 proposições, com atributos positivos e negativos, nas dimensões de estrutura, processo e de resultado, a serem respondidas por meio de uma escala de Likert, que é utilizada para medir atitudes, opiniões, percepções ou sentimentos, com as variações de concordância e discordância (12). Essa escala possuía cinco graus de variação, sendo o grau 1 – discordo totalmente (DT), grau 2 discordo parcialmente (DP), grau 3 – indiferentes (I), grau 4 - concordo parcialmente (CP) e grau 5 - concordo totalmente (CT).

O instrumento foi submetido à validação de conteúdo, por meio da análise de especialistas que teve por objetivo verificar se o conteúdo era representativo frente ao universo teórico que se pretendia medir. Foi realizada, também, a avaliação de consistência interna do questionário com a aplicação do teste de Alpha de Cronbach, no qual se obteve valor de 0,90, o que o considerou confiável, uma vez que este valor pode variar de 0 a 1.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica Excel® e as análises estatísticas foram realizadas com o software Stata 10.0 e apresentados na forma de gráficos e figuras, sendo que as variáveis foram descritas por meio de frequências, proporções, médias, desvio padrão, mediana e valores mínimos e máximos. As comparações foram realizadas através dos testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis e o nível de significância adotado em todos os testes foi de 5%.

RESULTADOS

Do universo dos participantes, 169 (83%) pertenciam ao sexo feminino e 34 (17%) ao sexo masculino. A média de idade dos trabalhadores foi de 34,1 anos (dp 8,3), do tempo de formação foi de 10,8 anos (dp 7,9), do tempo na função foi de 10 anos (dp 8,1) e do tempo na instituição foi de 6,6 anos (dp 6,0).

Quanto à categoria profissional, 112 (55%) participantes eram auxiliares de enfermagem, seguidos de 72 (36%) técnicos de enfermagem e 19 (9%) enfermeiros.

Na dimensão de estrutura destacaram-se as questões relativas aos materiais e equipamentos utilizados para a realização dos procedimentos, mobiliário, disponibilização dos EPIs e os programas de capacitação da equipe de enfermagem para atuar em MD.

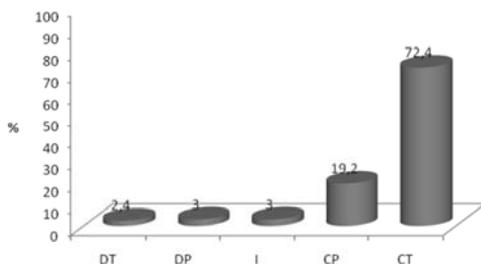


Figura 1 – Distribuição das respostas da proposição: Os materiais disponibilizados para a realização de exames são adequados aos procedimentos realizados. São Paulo - 2011

A Figura 1 demonstra que 186 (91,6%) dos respondentes concordam com esta proposição, sendo que 147 (72,4%) concordam totalmente e 39 (19,2%) parcialmente, considerando-se, assim, que os materiais disponibilizados são adequados para a assistência de enfermagem prestada em MD.

Também, foram contempladas as temáticas sobre a atualização das informações disponíveis nas instruções gerais de exames (IGs) e o detalhamento das instruções de trabalho (ITRs), bem como sobre o acolhimento e a privacidade dos usuários para a realização dos exames.

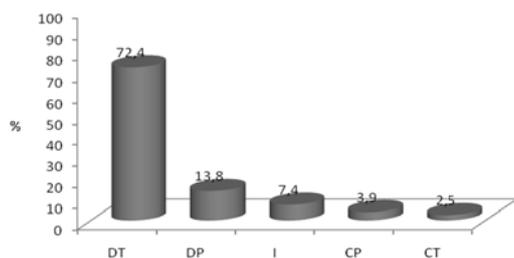


Figura 2 – Distribuição das respostas da proposição: Na instituição em que atuo não existem protocolos referentes à segurança do cliente. São Paulo – 2011

Na Figura 2 observa-se o elevado percentual de discordância, 175 (86,2%) na proposição com atributo negativo, que reflete a percepção da equipe de enfermagem com a preocupação da instituição sobre a segurança do usuário.

Os itens que apresentam melhores percentuais na dimensão de processo são: 194 (95,5%) referente ao cumprimento das orientações que visam minimizar os riscos aos usuários; 189 (93,1%) que demonstram interesse pelas expectativas do usuário; 185 (91,1%) relativo às implementações de ações para evitar recorrência de não conformidades; 182 (89,7%) quanto à utilização das ITRs para assegurar-se dos procedimentos padronizados e 190 (93,6%) concernente ao sigilo das informações obtidas durante o atendimento ao usuário.

Os piores resultados na dimensão de processo relacionavam-se: 118 (58,1%) ao desperdício de tempo devido às distâncias percorridas entre o início e o fim do atendimento e 100 (49,7%) à realização dos atendimentos de forma apressada, devido ao número reduzido de trabalhadores.

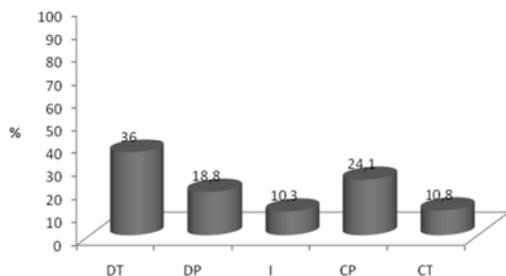


Figura 3 – Distribuição das respostas da proposição: Não há discussões entre a coordenação e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área. São Paulo - 2011

Na Figura 3 notou-se que 73 (36%) respondentes discordam totalmente e 38 (18,8%) parcialmente, enquanto 21 (10,3%) demonstram indiferença, 49 (24,1%) concordam parcialmente e 22 (10,8%) o fazem de forma total em relação a existência de discussões entre a coordenação e a equipe de enfermagem a respeito dos indicadores da área.

No que tange a dimensão de resultado, as assertivas que evidenciaram maior favorabilidade dos participantes estão relacionadas ao reconhecimento pela atitude ética dos trabalhadores 195 (96,1%), à atualização profissional através dos treinamentos 189 (93,1%) e a satisfação dos profissionais com a qualidade do atendimento prestado aos usuários 181 (89,1%).

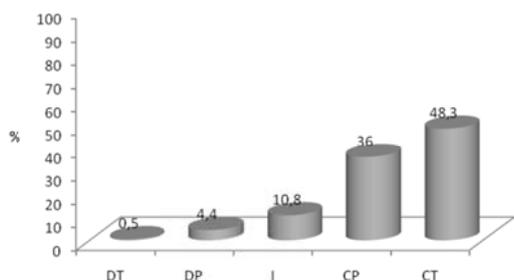


Figura 4 – Distribuição das respostas da proposição: Os indicadores de satisfação dos clientes demonstram que os mesmos sentem-se acolhidos durante a sua permanência na instituição. São Paulo - 2011

Verifica-se por meio da Figura 4 que na percepção da maioria dos participantes, 171 (84,3%), os usuários sentem-se acolhidos durante a sua permanência na instituição.

Para o usuário a qualidade está relacionada ao tipo de interação entre ele e o profissional de saúde, com isso acolher e atentar às preocupações do usuário é tão importante quanto ter competência técnica (13).

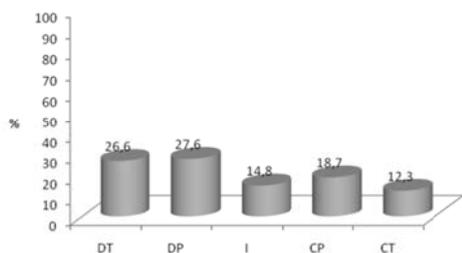


Figura 5 – Distribuição das respostas da proposição: As insatisfações manifestadas pelos clientes referentes à demora no atendimento de enfermagem não se deve ao número reduzido de trabalhadores. São Paulo - 2011

O pior score relacionava-se ao número reduzido de trabalhadores de enfermagem, acarretando demora no atendimento e insatisfação do usuário, de acordo com 110 (54,2%) respondentes, evidenciado na Figura 5.

Considera-se que o dimensionamento da equipe de enfermagem pode impactar no resultado da qualidade da assistência prestada e na satisfação do usuário, uma vez que os aspectos quantitativos e qualitativos de pessoal estão diretamente relacionados ao produto final do seu trabalho, que é consumido no mesmo momento em que é produzido.

Tabela 1 - Distribuição dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores atribuídos pela equipe de enfermagem nas dimensões de estrutura, processo e resultado. São Paulo – 2011

Dimensão	N	Média	dp	Mediana	Min	Máx
Estrutura	203	57,3	19,7	60	19	75
Processo	203	56,8	10,3	58	13	64
Resultado	203	59,0	10,1	61	26	75
p*						0,0433

*Nível descritivo do teste não paramétrico de Kruskal Wallis

Os resultados da Tabela 1 mostram que o escore médio dos respondentes em relação à dimensão de resultado foi de 59 (dp 10,1), superior ao de estrutura que foi de 57,3 (dp 19,7) e ao de processo 56,8 (dp 10,3). Ao se efetuar a comparação entre as três dimensões obtêm-se diferença estatisticamente significativa, $p=0,0433$.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou estabelecer um diagnóstico situacional acerca da qualidade da assistência de enfermagem em MD, na percepção da equipe de enfermagem de uma instituição de MD.

Nesse sentido, a dimensão de resultado foi a melhor avaliada pela equipe de enfermagem, sobretudo nas questões relativas à satisfação em relação à qualidade da assistência de enfermagem prestada aos usuários e ao reconhecimento da atitude ética por parte dos profissionais.

A dimensão de processo, que denota os procedimentos empregados e o desenvolvimento das atividades dos profissionais envolvidos na prestação de serviços ao usuário, obteve os escores menos favoráveis.

Cabe destacar que o quantitativo de trabalhadores de enfermagem, existentes na instituição, foi apontado como fator prejudicial na avaliação da qualidade da assistência de enfermagem nas dimensões de processo e de resultado.

Dessa maneira, acredita-se que esses achados possam contribuir para a avaliação da qualidade da assistência, devendo-se considerar as relações existentes entre estrutura, processo e resultado e identificar o grau de causalidade e efeito existente, a fim de fornecer subsídios para a reorganização dos processos de trabalho, assistenciais e gerenciais, da enfermagem.

Referências

1. Mezomo JC. Gestão da qualidade na saúde. Barueri: Manole; 2001.
2. Monte ADAS, Adami NP, Barros ALBL. Métodos avaliativos de assistência de enfermagem em instituições hospitalares. *Acta Paul Enf.* 2001; 14(1):89-97.
3. D'Innocenzo M; Adami NP; Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2006; 59(1): 84-8.
4. Feldman LB, Cunha ICKO.. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006; 14(4): 540-5.
5. Bonato VL. Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone; 2007.
6. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcugant P, organizador. *Gerenciamento em enfermagem.* Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2010.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Men Fund Q.* 1966; 44(3):166-203.
8. Donabedian A. La calidad de la atención médica – definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Mexicana; 1984.
9. Campana GA, Faro LB, Gonzalez CPO. Fatores competitivos de produção em medicina diagnóstica: da área técnica para o mercado. *J Bras Patol Med Lab.* 2009; 45(4):295-303.
10. Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2003; 56(1):52-6.
11. Yuri NE, Tronchin DMR. Qualidade assistencial na divisão de enfermagem materno-infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2): 331-8.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
13. Siqueira VTA. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Avaliação de Tecnologia

P_164_2011 - Construção de instrumento para avaliar atitudes dos enfermeiros frente à humanização das condições de trabalho: identificação dos fatores

Delvane Jose de Sousa

Resumo: Introdução: A Política Nacional de Humanização visa à reorganização dos processos de trabalho em saúde. Objetivo: Descrever o uso de técnicas estatísticas para exploração dos dados em uma pesquisa com enfermeiros. Métodos: Utilizamos o método dos componentes principais da análise fatorial. Resultados: Foram identificados oito fatores: Participação democrática; Sinalização e privacidade; preparo profissional e serviços ofertados; realização profissional e recompensa; Condições ambientais de trabalho; modelo de gestão, equipamentos disponibilizados; agilidade e confiança no serviço; número rotatividade dos profissionais. Conclusão: A análise fatorial demonstrou ser uma ferramenta promissora em pesquisas na área de Enfermagem.

Palavras chave: Enfermagem, Análise Fatorial.

Introdução:

O termo "Humanização" na área de saúde começou a ser utilizado pela Organização Mundial de Saúde em 1996. Inicialmente a atenção estava voltada para o parto e neonatos internados em Unidades de Terapia Intensiva. Em seguida passou a ser referência em todo o atendimento de saúde. No Brasil a humanização começou a tomar vulto na XI Conferência Nacional de Saúde em 2000, que tinha como tema "Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde." Neste mesmo período, observa-se vários outros programas ministeriais buscando uma forma de atenção mais humana e de maior qualidade ao usuário¹.

Em 2003, o Ministério da Saúde propõe expandir a humanização além do ambiente hospitalar, estabelecendo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS- PNH2. Enfoca como prática humanizada o tratar com as dificuldades de acesso dos usuários aos serviços, as necessidades de ampliar os mecanismos de comunicação e informação, o incentivo às normas de acolhimento, a melhoria física no ambiente em saúde e resolutividade do sistema. Enfatiza ainda a gestão participativa em saúde, envolvendo trabalhadores e usuários nos processos decisórios.

Para alcançar os objetivos planejados, a PNH oferece diversos dispositivos, entendidos como tecnologias ou modos de implementar as ações². As principais são: Acolhimento Com Classificação de Risco nas unidades de saúde; Equipe de Referência e Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde Coletiva e ativação/constituição de redes de continuidade de atenção; Construção coletiva da Ambiência; Gestão compartilhada: Colegiados, Contratos de Gestão inter e intra-

institucionais; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação; Projeto de acolhimento do familiar/cuidador: agenda com a Equipe de Referência, Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico.

Na PNH observa-se uma diversidade de iniciativas que podem ser observadas como variáveis independentes, interligadas, e que podem influenciar os resultados em indicadores complexos. A Percepção dos trabalhadores e usuários pode ser estudada como um fenômeno complexo, não resultado de uma intervenção única, mas explicadas a partir de um modelo que incorpore diferentes variáveis (extraídas das iniciativas de humanização) e suas inter-relações. Os desenhos avaliativos devem abarcar um amplo leque de situações que se configuram como efeitos esperados com as ações de humanização. Por outro lado, os modelos devem ser capazes de aprofundar na explicação dos vários fatores contribuintes, buscando contribuições específicas de ações derivadas dos conceitos e dispositivos de humanização³.

O problema que motivou esta pesquisa foi conhecer o discurso oficial sobre a humanização da assistência e saber como ele é percebido pelos enfermeiros atuantes no ambiente hospitalar, bem como identificar métodos de pesquisa que possam contribuir para a construção de uma futura escala de atitudes sobre humanização do trabalho dos profissionais de Enfermagem.

Objetivos:

Neste artigo apresentamos os procedimentos utilizados para identificar os fatores para construção de uma escala de atitudes frente a humanização do ambiente de trabalho do enfermeiro. Mais especificamente apresentar o apoio teórico encontrado e a contribuição da análise fatorial para exploração dos dados. Para isto descrevemos o parte do processo de construção do instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa, bem como a metodologia utilizada no tratamento destes dados e os fatores identificados.

Justificativa

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS hoje ainda enfrenta uma fragmentação dos processos de trabalho, rede assistencial e relações entre os diferentes profissionais, precárias interações entre as equipes, sistema de trabalho verticalizado e baixos investimentos na qualificação dos profissionais.

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população². Estas diretrizes geram a necessidade de uma reflexão profunda, contextualizada no trabalho dos profissionais de saúde.

Influenciado pelo ritmo de mudança na sociedade, o ambiente de trabalho passa por transformações, consequência das mudanças sociais e novos paradigmas estabelecidos. Inseridos neste contexto, os trabalhadores de enfermagem precisam estar preparados e engajados em novas maneiras de prestar seus cuidados, baseados em princípios éticos e humanos.

A realização desta pesquisa permite uma reflexão sobre o trabalho do enfermeiro, que pela liderança que exerce no ambiente hospitalar, foi escolhido como foco deste estudo. O Enfermeiro, em virtude da responsabilidade que lhe é atribuída, deve estar consciente da necessidade de assimilar os princípios e valores humanos na sua prática profissional.

Metodologia:

O estudo foi desenvolvido em um Hospital Universitário do interior do Estado de Minas Gerais, sendo autorizado pela Diretoria de Enfermagem da instituição. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer CEPE 085/09

Retirou-se a amostra de outra pesquisa sobre a percepção dos enfermeiros de um hospital universitário tinham sobre humanização do trabalho. Os sujeitos foram escolhidos aleatoriamente, sendo uma amostra de conveniência. Para cada afirmação foi solicitado aos sujeitos o grau de concordância ou discordância com o que está sendo afirmado. Os pontos de referência adotados como positivos, foram aqueles preconizados como ideais pela PNH. A proposição negativa contrapõe-se aos aspectos desta política.

Na pesquisa inicial onde os dados foram retirados, a escala de atitudes foi construída com 30 variáveis agrupadas em 4 categorias: (1) Apoio e Gestão; (2) Ambiente Físico; (3) Condições de trabalho; e (4) Valorização e Satisfação profissional.

Os dados gerados pela escala Likert foram tratados conforme o método recomendado na literatura pertinente^{4, 5}: (1) avaliação dados através de análise fatorial exploratória (Técnica R); (2) Correlação das variáveis pelo método de extração dos componentes principais; (3) confirmação da confiabilidade e validade dos dados através dos testes de adequação da amostra e alpha de Cronbach; (4) rotação dos fatores pelo método VARIMAX; (5) Análise da matriz de fatores, identificado de modo hierárquico os fatores de maior impacto sobre a humanização das condições de trabalho, conforme opinião dos sujeitos da pesquisa.

A técnica estatística de análise fatorial que é uma técnica multivariada bastante ampla e antiga, sendo utilizada, principalmente, nos estudos de avaliação de escalas na área de psicologia. O principal propósito de uma análise de fatores é reduzir um conjunto grande de variáveis a um conjunto de medidas de menor tamanho e mais controlável. A análise dos fatores desenlaça inter-relações complexas entre as variáveis e identifica aquelas que ficam unidas, com conceitos ou fatores unificados^{5, 6,7}.

Para verificação da dimensionalidade do constructo, foram extraídas as cargas fatoriais através de software estatístico que permitiu a técnica de análise multivariada. Para verificação das propriedades psicométricas da escala, foi utilizada a análise fatorial por componentes principais. Constatou-se que todas as suposições básicas necessárias à análise estatística foram atendidas pelos dados.

Resultados

O instrumento foi aplicado em 71 enfermeiros (89,87% da população). A boa adesão sugere preocupação com o tema pesquisado..

Dos participantes, 82% eram do sexo feminino. Ressalta-se que, na enfermagem, a predominância feminina é decorrente de fatores históricos. A divisão social do trabalho impôs à mulher as atividades de cuidado a doentes, crianças e idosos, sendo o hospital considerado espaço privilegiado para a profissionalização do trabalho doméstico⁸. 76,64% tinham entre 20 e 39 anos de idade.

Ao rotacionar as variáveis, num esforço de interpretação dos fatores detectados, as seguintes categorias de fatores apareceram por ordem de variância: (1) Direito a participação, apoio da gerência, flexibilidade na condução do trabalho, comunicação e educação permanente. (2) Sinalização do ambiente e respeito a privacidade; (3) formação profissional, os serviços ofertados a população; (4) a satisfação com a realização profissional e a recompensa recebida; (5) Condições ambientais de trabalho (Higiene e segurança) (6) modelo de gestão adotado e equipamentos disponibilizados para uso, (7) a agilidade no atendimento ao usuário e confiança no serviço e; (8) número de profissionais e a rotatividade dos profissionais.

Conclusão:

Este trabalho teve como objetivo apresentar alguns aspectos metodológicos utilizados no instrumento formulado com a finalidade de estudar a percepção dos enfermeiros de um hospital universitário sobre a humanização da assistência e das condições de trabalho.

Do exposto nesta pesquisa constatamos que a análise fatorial demonstrou ser uma ferramenta promissora para trabalhar com dados psicométricos sobre percepção dos profissionais de enfermagem. Indica estruturas de dependência e dimensões de análise que não são perceptíveis de outra forma em pesquisas quantitativas.

Os fatores apresentam um grupo de variáveis inter-relacionadas de uma grande área da avaliação. Desta forma, os elementos são relacionados de forma simultânea, sendo possível mensurar a influência de determinado fator nos demais.

No levantamento bibliográfico foram encontrados poucos estudos que utilizam a técnica da Análise Fatorial na área de Enfermagem. Evidenciou-se a necessidade da realização de novas pesquisas para que se tenham resultados mais conclusivos, possibilitar comparações e fazer afirmações mais generalizadas, além de também identificar os contextos nos quais a análise fatorial pode ser adequadamente utilizada.

Referências

- Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface (Botucatu) [serial online]. 2005 Aug [cited 2010 Apr 15]; 9(17): 389-394. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>
- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Política Nacional de Humanização da Assistência e Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciênc. saúde coletiva [serial online]. 2007 Aug [cited 2010 Apr 15]; 12(4): 999-1010. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>
- Hair et. al. Análise Multivariada de Dados. 6. ed. São Paulo: Bookman; 2009.
- Vallejo PM, Sanz BU, Blanco ÁB. Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Madrid: La Muralla, 2003.
- Moraes OB; Abiko, AK. Utilização da Análise Fatorial para a identificação de estruturas de interdependência de variáveis em estudos de avaliação pós-ocupação. Disponível em: < http://odaimoraes.pcc.usp.br/Nova_pasta/ENTAC2006_1233_1242.pdf > Acesso em: 05 de dez. de 2009
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.
- Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. Rev. bras. enferm. [serial online]. 2009 Feb [cited 2010 Apr 16]; 62(1): 38-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/06.pdf>

Qualidade e Segurança

P_165_2011 - A Aplicação da Acreditação Hospitalar aos Hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais – PRO-HOSP

Helideia de Oliveira Lima

Resumo: Esse trabalho aborda o resultado da avaliação dos hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) utilizando a metodologia da Acreditação ONA. Foi realizada uma pesquisa de campo numa amostra delimitada de 45 hospitais representando 36% dos 125 hospitais participantes do programa no ano de 2008. O estudo mostra que Acreditação ONA é aplicável aos hospitais PRO-HOSP, entretanto, nenhum hospital apresentou o status de Acreditado. Os status das subseções avaliadas são apresentados, assim como as seções com maiores não conformidades, possibilitando a elaboração de um plano de melhoria para a busca da Acreditação.

Palavras-chave: Qualidade, Acreditação, Gestão Hospitalar, PRO-HOSP

INTRODUÇÃO

A idéia de se estudar este tema emergiu do interesse em analisar os hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) utilizando a metodologia da Acreditação. O PRO-HOSP visa o desenvolvimento de um parque hospitalar no Estado capaz de operar com eficiência, por meio da alocação de recursos, como forma de incentivar, mobilizar as práticas de gestão e arranjos organizacionais no rumo da eficiência, equidade e melhoria da qualidade da assistência.

A Acreditação é uma avaliação periódica e voluntária que estimula o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da assistência. Esta abordagem permite que as áreas consideradas vulneráveis sejam apontadas de forma a se estabelecer um plano de ação para melhoria desses pontos críticos e, conseqüentemente, um caminho para a busca da Acreditação.

Foi realizada uma avaliação do diagnóstico de 45 hospitais PRO-HOSP segundo metodologia ONA. A finalidade foi identificar o status atual, a situação das subseções, as maiores não conformidades identificadas e a serem enfrentados pelos hospitais na busca pela certificação.

Com a finalização deste estudo pode-se chegar à conclusão de que a metodologia da Acreditação ONA é aplicável aos hospitais PRO-HOSP. Entretanto, nenhum hospital da amostra apresenta o status de Acreditado. Com o levantamento das não conformidades foi possível a elaboração de um plano de ação que possibilite a melhoria da qualidade da assistência prestada, objetivo essencial do programa.

O estudo também contribuiu para a consolidação da visão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de ser modelo de inovação da gestão pública, uma vez que esta experiência de avaliação de um parque hospitalar público e/ou filantrópico é relatada pela primeira vez no Brasil.

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é descrever o resultado do diagnóstico organizacional aplicado aos hospitais PRO-HOSP segundo os critérios definidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e apresentar as maiores não conformidades identificadas.

JUSTIFICATIVA

A qualidade da gestão é considerada uma característica essencial para sobrevivência das organizações de saúde no cenário atual. Apesar de termos no Brasil uma gama considerável de sistemas de acreditação e certificação, a adoção tem sido frustrante, como mostra o estudo feito por La Forgia e Couttolenc (LA FORGIA, 2009). O processo de Acreditação Hospitalar da ONA existe há 11 anos, como forma de monitoramento e avaliação do desempenho da qualidade dos hospitais, e apenas cerca de 2% dos hospitais do Brasil apresentam o status de acreditado. Desses, a grande maioria são instituições privados (LA FORGIA, 2009).

O objetivo da Acreditação é incentivar a implementação de um processo permanente de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde, promovendo a melhoria contínua dos serviços em busca de assegurar a qualidade da atenção aos cidadãos em todas as organizações de saúde e em todo o país. Entretanto, parece que a metodologia proposta pela Acreditação ONA, ainda apresenta dificuldades na implantação em hospitais públicos e ou filantrópicos.

Esse trabalho permite destacar o status atual dos hospitais participantes do PRO-HOSP de acordo com os requisitos necessários para a Acreditação e busca contribuir para a formatação de um plano de melhoria para a implantação de práticas de gestão da qualidade nesses hospitais.

MÉTODO

Foi realizada uma pesquisa de campo, com a coleta de dados feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador. O estudo de campo foi realizado junto aos hospitais participantes do PRO-HOSP, com o objetivo de buscar aprofundamento das questões relativas à Acreditação neste universo.

Foram utilizados os resultados dos diagnósticos organizacionais, com a aplicação dos padrões preconizados no MBA (versão 2006) segundo os critérios da ONA, junto a 45 hospitais do PRO-HOSP. O instrumento utilizado para o diagnóstico foi o MBA-OPSH, versão 2006 (ONA MBA), que define e descreve os padrões de qualidade para os diversos setores ou áreas de um hospital. Os padrões do MBA foram elaborados com base na existência de três níveis crescentes de complexidade (Nível 1, 2 e 3). Nos 45 hospitais estudados, cada subseção do Manual ONA foi avaliada e classificada como acreditada nível 1 (N1), não acreditada (NA) e não se aplica (NSA). A classificação NSA refere-se a uma subseção que deveria ser avaliada conforme o perfil da organização (OCP) e, portanto, está ausente numa determinada organização.

O MBA prevê a avaliação de 9 seções e 59 subseções, sendo 31 Obrigatórias (O) e 28 Obrigatórias Conforme o Perfil (OCP). Entretanto, caso a organização prestadora de serviço hospitalar (OPSH) possua setores que não estão incluídos no Instrumento de Avaliação, a equipe de avaliadores realizará a visita/avaliação desses setores, levando em consideração os princípios orientadores dos padrões de cada Nível (ONA, 2006). Assim, foram analisadas 8 seções com 62 subseções, com a inclusão de cinco novas subseções: Litrotripsia, Internação Domiciliar, Clínica de Olhos, Banco de Leite, e Esterilização por Óxido de Etileno.

Os hospitais foram estratificados segundo a referência. Os hospitais-pólo microrregionais são aqueles destinados como referência a atenção secundária (média complexidade) e os hospitais-pólo macrorregionais, destinados como referência para a atenção terciária (alta complexidade).

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Quanto ao porte, dos 45 hospitais avaliados, 56% eram de médio porte, 33% de grande porte, 9% de pequeno porte e 2% considerados especiais (com mais de 500 leitos), como apresentado no Gráfico 1.

Os 45 hospitais apresentam número mediano de leitos de 139, com valor mínimo de 43 e máximo de 901. Nos hospitais Micro a mediana do número médio de leitos é de 100 e nos hospitais Macro 201. O hospital com menor número de leitos é de referência Micro e o com maior número, Macro. A variabilidade no número de leitos é grande, porém menor que a do número de funcionários.

As seções com maiores percentuais de subseções acreditadas nível 1 (N1) foram as seções 1: Liderança, 2: Organização Profissional e 8: Ensino e Pesquisa, as quais para os hospitais de referência Macro, apresentaram percentuais de 37,8%, 48,1% e 61,1%, respectivamente.

Os maiores percentuais de subseções não acreditadas (NA) são das seções 5: Apoio Técnico, 6: Abastecimento e Apoio Logístico e 7: Infra-Estrutura.

Em relação à referência, 27 (60%) hospitais são Micro e 18 (40%) hospitais Macro (Gráfico 2), e estão localizados principalmente nas gerências regionais de saúde (GRS) de BH, Montes Claros e Divinópolis (26,7%, 11,1% e 8,9%, respectivamente). (Gráfico 3).



Gráfico 1: Caracterização das unidades estudadas por Porte
Fonte: LIMA, 2010.



Gráfico 2: Hospitais segundo referência regional
Fonte: LIMA, 2010.

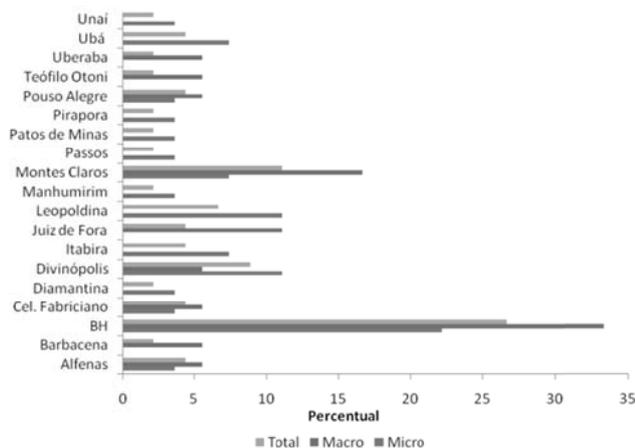


Gráfico 3: Distribuição percentual dos hospitais por GRS e por referência
Fonte: LIMA, 2010.

Através de uma avaliação geral, as seções com maiores percentuais de subseções acreditadas nível 1 (N1) foram as seções 1: Liderança, 2: Organização Profissional e 8: Ensino e Pesquisa (Gráfico 4).

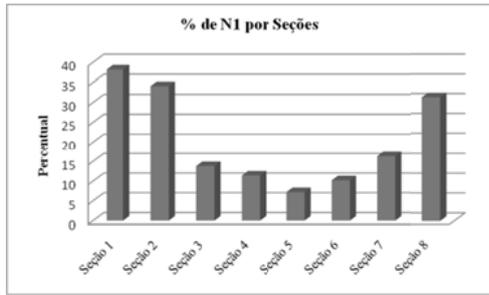


Gráfico 4: Percentual de N1 por seção:
Fonte: LIMA, 2010.

Considerando-se a avaliação dos 18 hospitais de referência Macro têm-se uma variação do número de subseções Acreditadas Nível 1 de 2 a 21 subseções. A maior parte das subseções foi avaliada como Não Acreditado (NA). Tem-se também uma variação de subseções caracterizadas como NSA de 9 a 25 subseções (Gráfico 5).

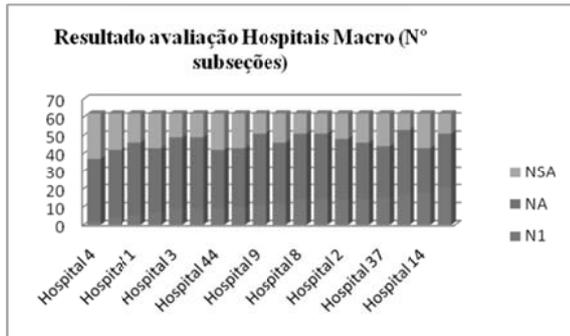


Gráfico 5: Resultado da avaliação hospitais Macro
Fonte: Lima (2010).

Considerando-se a avaliação dos 27 hospitais de referência Micro tem-se uma variação do número de subseções Acreditadas Nível 1 de 2 a 17 subseções. A maior parte das subseções foi avaliada como Não Acreditado (NA). Tem-se também uma variação de subseções caracterizadas como NSA de 15 a 27 subseções. (Gráfico 6).

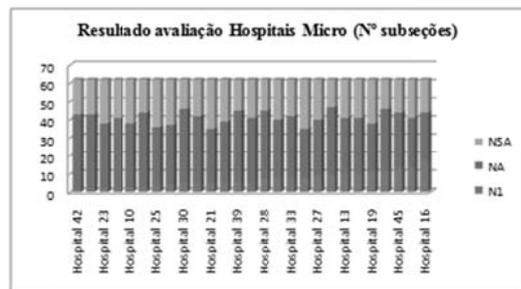
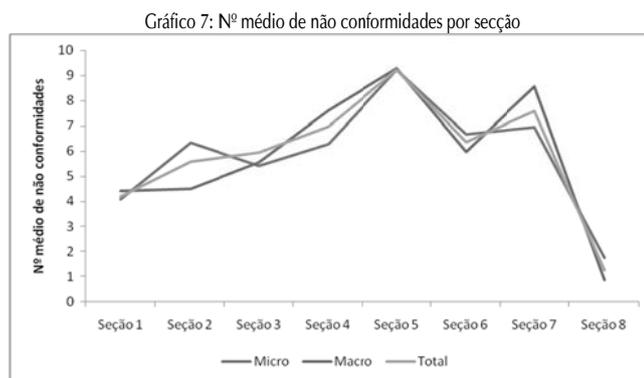


Gráfico 6: Resultado da avaliação hospitais Micro
Fonte: LIMA, 2010.

Em relação ao número médio de não conformidades por seção do manual ONA (Gráfico 7), verifica-se que as seções 5: Apoio Técnico e 7: Infra-Estrutura apresentaram maiores contagens médias de não conformidades, enquanto as seções 1: Liderança e Administração e 8: Ensino e Pesquisa apresentaram as menores contagens médias.



Fonte: LIMA, 2010.

A Tabela 1 apresenta as subseções com maiores contagens médias de não conformidades, segundo referência do Hospital. Algumas subseções apareceram nos três casos (Total, Micro e Macro), como Unidades de Internação (Seção 3), Assistência Farmacêutica (Seção 3), Assistência Nutricional (Seção 3), Laboratório Clínico (Seção 4), Radiologia (Seção 4), CCIH (Seção 5) e SESMET (Seção 5).

Tabela 1: Avaliação do nº de Não Conformidades por subseção, segundo referência do Hospital

Seção	Subseção	Total	Macro	Micro
Seção 4	Laboratório clínico	18,07	18,39	17,85
Seção 3	Assistência Nutricional	15,11	14,72	15,37
Seção 5	SESMET	12,53	12,17	12,78
Seção 3	Assistência Farmacêutica	11,89	11,00	12,48
Seção 5	CCIH	11,47	10,72	11,96
Seção 4	Radiologia	11,40	13,44	10,04
Seção 3	Unidades de internação	10,98	12,00	10,30
Seção 7	Gestão da Estrutura Física	10,73	12,33	9,67
Seção 7	Gestão da Manutenção Predial	10,38	11,44	9,67
Seção 6	Processamento de Materiais e Esterilização	10,07	7,72	11,63
Seção 2	Enfermagem	10,00	9,56	10,30
Seção 3	UTI Adulto	9,97	8,50	11,86
Seção 3	Atendimento em Emergência	9,24	7,88	10,08

Fonte: LIMA, 2010.

A identificação das não conformidades por subseções permite ao hospital a elaboração de um plano de melhoria em busca da Acreditação.

A Tabela 2 apresenta os pontos fortes levantados nos hospitais avaliados. Merece destaque o comprometimento da Alta Administração e da equipe com a Gestão da Qualidade.

Tabela 2: Avaliação dos Pontos Fortes, por referência do Hospital

Pontos Fortes elencados	Total	Micro	Macro
Envolvimento/Comprometimento da alta administração com a gestão da qualidade	23 (51%)	15 (56%)	8 (44%)
Programas de Humanização.	12 (27%)	6 (22%)	6 (33%)
Comprometimento da equipe para implantação do sistema de Gestão da Qualidade.	9 (20%)	6 (22%)	3 (17%)
Hospital Amigo da Criança.	9 (20%)	2 (7%)	7 (39%)
Implantação do Sistema Informatizado	6 (13%)	3 (11%)	3 (17%)
Informativo do hospital	5 (11%)	3 (11%)	2 (11%)

Fonte: LIMA, 2010.

Como se pode observar na Tabela 3, a maioria dos pontos fracos identificados nos hospitais avaliados refere-se à Gestão do Risco, item obrigatório para a classificação do Hospital como Acreditado (Nível 1).

Tabela 3: Avaliação dos Pontos Fortes, por referência do Hospital

Pontos fracos	Total	Micro	Macro
Ausência de política de Gerenciamento de Riscos contemplando ações preventivas e corretivas.	45 (100%)	27 (100%)	18 (100%)
Ausência de planejamento multiprofissional da assistência para a totalidade das clínicas relevantes, baseado em risco e gravidade.	37 (82%)	23 (85%)	14 (78%)
Ausência de Plano Seguro de Aplicação medicamentosa.	36 (80%)	21 (78%)	15 (83%)
Ausência de Programa de Manutenção Preventiva e Calibração de Equipamentos.	28 (62%)	15 (56%)	13 (72%)
Ausência de Programa Efetivo de Controle de Infecções e Eventos Adversos.	24 (53%)	16 (59%)	8 (44%)
Ausência de política de gestão de pessoas	12 (27%)	11 (41%)	1 (6%)
Segurança e Saúde Ocupacional.	9 (20%)	5 (19%)	4 (22%)
Ausência de programa efetivo para gerenciamento de leitos.	8 (18%)	0	8 (44%)
Gestão da Segurança	7 (16%)	6 (22%)	1 (6%)
Ausência de política segura de informações referentes ao paciente.	6 (13%)	2 (7%)	4 (22%)
Ausência de Política de Comunicação Institucional.	6 (13%)	3 (11%)	3 (17%)

Fonte: LIMA, 2010

Podemos concluir que a ferramenta ONA é perfeitamente aplicável junto aos Hospitais PRO-HOSP, permitindo uma avaliação da qualidade da assistência prestada. Entretanto, no momento desta avaliação, os hospitais ainda não apresentam condições adequadas para a Acreditação.

Dentre as seções com maiores percentuais de subseções acreditadas Nível 1 (N1) temos a seção 1: Liderança e a seção 8: Ensino e Pesquisa. Pode-se observar que, por meio da estratégia educacional do programa todos os hospitais participantes tiveram servidores que fizeram o curso de especialização em gestão hospitalar, realizado pela ESP/MG, cujo produto é a formatação de um Plano Diretor para o hospital. Além disso, o Plano de Gestão da Qualidade têm como uma de suas macro-ações o desenvolvimento de recursos humanos. Assim sendo, os requisitos solicitados nessas seções parecem ter sido mais bem atendidos.

Os hospitais de referência Macro apresentam um melhor resultado na avaliação, quando comparados aos hospitais de referência Micro, demonstrando melhor desempenho. Considerando os hospitais Macro, 25% das subseções avaliadas encontravam-se no Nível 1 (N1) e 75% das subseções avaliadas foram caracterizadas como Não Acreditadas (NA). Nos hospitais Micro, 17% das subseções avaliadas encontravam-se no Nível 1 (N1) e 83% das subseções avaliadas foram caracterizadas como Não Acreditada (NA).

Referências

- LA FORGIA, G. M., COUTOLLENC, B. F. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da Excelência. São Paulo: Singular, 2009.
- LIMA, H. O.: et al. Fortalecimento e Qualificação da rede hospitalar – Pro-Hosp. In: MARQUES, Antonio Jorge de Souza; et al; O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Autêntica Editora, 2009.
- LIMA, H. O. A aplicação da Acreditação aos hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – PRO-HOPS. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa, 2010.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
- ONA, Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006.

Qualidade e Segurança

P_166_2011 - Qualidade, Segurança e Alta Disponibilidade do Prontuário Eletrônico Do Paciente

Valter Ferreira da Silva, Maria Luiza Falsarella Malvezzi, Fabio Da Silva Santana

Resumo: O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital público, geral, universitário e de grande porte, utiliza exclusivamente o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) para registro e recuperação das informações relativas às atividades assistenciais dirigidas ao paciente. Este trabalho objetiva demonstrar a importância de investimentos nos bastidores tecnológicos para que estas atividades não sejam interrompidas pelo não funcionamento da infraestrutura de TI. É comum observar atenção aos investimentos apenas na fase de implantação do PEP. Porém para garantir a qualidade, segurança e alta disponibilidade do PEP, o HCPA persegue e adota constantemente novas soluções técnicas e ações de contingência.

Palavras-chave: Alta Disponibilidade, Contingência, PEP, Prontuário Eletrônico, Datacenter Seguro.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de computação tornam-se cada vez mais imprescindíveis para a execução dos diversos processos de trabalho.

Todos os processos assistenciais refletidos nos sistemas informatizados dos hospitais precisam ter garantias de sua plena operacionalidade sem interrupções. O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) precisa estar permanentemente disponível por 24 horas e 7 dias da semana, bem como de forma acessível através de vários pontos da rede de computadores, sob pena de prejudicar significativamente a prática assistencial.

Para garantir a alta disponibilidade do PEP, é necessária a adoção de diversos mecanismos de segurança da informação, de redundância de acessos, de tratamento de desastres em casos de sinistros e de vários procedimentos de contingência para que o atendimento ao paciente não seja interrompido por falta de informação.

Este trabalho ressalta a importância do constante monitoramento e investimento na infraestrutura de Tecnologia da Informação (TI) para que as atividades assistenciais não sejam prejudicadas pela falta destes recursos.

OBJETIVOS

Garantir o funcionamento pleno da infraestrutura de TI contemplando procedimentos alternativos de continuidade dos serviços prestados para restaurar, se necessário, as condições operacionais do ambiente que apóia a informatização dos processos operacionais e gerenciais qualificando a tomada de decisão no dia a dia da Instituição.

Seguem alguns objetivos específicos que foram considerados relevantes e objeto de maior observação:

- Garantia da continuidade da realização dos processos de trabalho dependentes de TI, mesmo após desastres;
- Preservação da totalidade da infraestrutura central de equipamentos, instalações e principalmente as informações corporativas;
- Monitoramento do cumprimento da Política de Segurança das Informações, principalmente as informações sigilosas do paciente e da Instituição.

JUSTIFICATIVA

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) tem a missão de oferecer assistência integral à saúde do cidadão, formar e qualificar profissionais e produzir conhecimentos. Em 190 consultórios, 784 leitos e ampla infraestrutura, o HCPA atende em 58 áreas (49 especialidades e nove outras habilitações), e disponibiliza anualmente uma média de 560 mil consultas, 30 mil internações, 41 mil cirurgias, 3,4 mil partos, 2,8 milhões de exames e 93,6 mil sessões terapêuticas.

Ciente de que a informação é um valioso patrimônio institucional e de que sua integridade e disponibilidade são fatores cada vez mais críticos, tornando imprescindível o estabelecimento de procedimentos de Segurança da Informação focados na continuidade dos serviços de Tecnologia de Informação (TI), o HCPA tem investindo consistentemente em infraestrutura de TI, buscando garantir a alta disponibilidade de sua rede de computadores e de seu datacenter, onde são alocados os servidores de Banco de Dados, de Redes e de Aplicações, os Storages e demais equipamentos vitais ao funcionamento do Sistema Aplicativos para Gestão Hospitalar (AGH). Neste último, desenvolvido internamente ao longo de 25 anos, está baseado o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Para garantir a alta disponibilidade do PEP, é necessária a adoção de diversos mecanismos de segurança da informação, de redundância de acessos, de tratamento de desastres em casos de sinistros – exemplo o fogo – e de vários procedimentos de contingência para que o atendimento ao paciente não seja interrompido por falta de informação.

O elevado estágio de informatização do HCPA gerou uma total dependência da infraestrutura de TI para que o atendimento ao paciente possa ser realizado. O processo de internação, desde a admissão do paciente até a sua alta, tem todas as informações registradas e recuperadas no sistema AGH, sem a utilização de papel, pelos profissionais de saúde que prestam atendimento. Os registros realizados no sistema pelos 1.000 médicos possuem validade legal, pois são assinados digitalmente utilizando certificados da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-BRASIL). O mesmo ocorre nos atendimentos de Emergência e nas 2.500 consultas ambulatoriais diárias.

Em geral, os investimentos em infraestrutura de TI são concentrados, na fase de implantação do PEP, porém não se pode esquecer que a continuidade dos serviços prestados é tão ou mais importante que a fase da implantação, sendo necessário manter um constante investimento nestes bastidores.

No presente trabalho, é apresentado um conjunto de medidas que visam qualificar o gerenciamento da infraestrutura de TI, buscando a maximização da disponibilidade dos sistemas corporativos, em especial os componentes do PEP.

MÉTODOS

A infraestrutura atual de TI do HCPA – composta por 4.000 pontos de rede, 70 servidores físicos, 59 servidores virtuais, área de armazenamento com 88 Terabytes, Banco de Dados ORACLE operando em cluster e 2.300 microcomputadores – tem sofrido profunda evolução nos últimos anos no que diz respeito ao atendimento a requisitos de segurança física do datacenter.

A seguir, são descritas as macroatividades contidas no Plano de Ação executado com o objetivo de “Garantir a Alta Disponibilidade do PEP do HCPA”.

1) Análise do Ambiente Interno: Revisão na infraestrutura do datacenter atual; revisão na segurança física; estabelecimento dos níveis e perímetros de segurança; revisão do sistema de detecção e extinção de incêndio e a revisão de gargalos e pontos vulneráveis na rede de computadores, nos servidores principais e no acesso ao Banco de Dados.

2) Análise do Cenário Externo: Reuniões com empresas prestadoras de serviços em segurança da Informação; visitas a datacenters com salas cofres; tendências da TI em segurança da informação e consultas a modelos de segurança da informação de entidades públicas.

3) Medidas adotadas:

a) Alta disponibilidade dos servidores principais e do Banco de Dados:

Os sistemas corporativos têm sua disponibilidade 100% dependente do serviço de Banco de Dados. A solução que está sendo adotada para garantia da operacionalidade deste serviço é baseada em Real Application Clusters (RAC), tecnologia do Banco de Dados ORACLE que possibilita seu funcionamento em vários servidores simultaneamente, distribuindo a carga e garantido a continuidade do serviço mesmo no caso de indisponibilidade parcial dos servidores. Além disso, os dados são replicados em tempo real para outro servidor remoto (instalado em um datacenter secundário), o qual poderá entrar em operação no caso de falhas graves. Além do Banco de Dados, o HCPA opera também com clusters de aplicação e adota tecnologias de virtualização de servidores onde as configurações são replicadas em mais de um equipamento.

b) Rede de computadores redundante:

Todos os principais componentes da rede corporativa do HCPA apresentam-se instalados em pelo menos dois dispositivos. Além disso, cada equipamento é dotado de tecnologias redundantes para suportar altíssima disponibilidade. O datacenter opera com diversos elementos duplicados, posicionando-os, em relação à norma ANSI-TIA 942 na camada TIER II – Componentes Redundantes. O cabeamento óptico que interliga o datacenter aos armários de rede descentralizados (equipamentos de borda) é composto por links principais e secundários (resiliência). Cada armário de rede, portanto, possui dois caminhos distintos até os equipamentos centrais. O rompimento de qualquer um destes links não indisponibiliza nenhuma estação de trabalho do hospital. Da mesma forma, a rede sem fio (wireless) corporativa possui diversos concentradores que podem absorver os Access Points que estejam sendo gerenciados por um concentrador que apresente defeito.

c) Prevenção contra ameaças (ataques externos à rede de computadores) :

Os inúmeros programas maliciosos que cada vez mais estão presentes no mundo virtual, quando não controlados adequadamente, representam potencial risco para os ambientes corporativos. A presença de soluções confiáveis de prevenção e eliminação de ameaças e a manutenção de técnicos especializados no assunto, que atuem permanentemente na monitoração, ajustes e atualização da infraestrutura, integram o único caminho seguro para minimizar os riscos das ameaças virtuais. O HCPA adota soluções corporativas e robustas para prevenir e corrigir potenciais vulnerabilidades. A conectividade com a rede pública é rigorosamente controlada, permanentemente atualizada e monitorada.

d) Disponibilização de um Datacenter seguro:

Para garantir os requisitos de segurança física, capazes de manter os serviços essenciais em funcionamento, mesmo após incidentes de graves efeitos, os recursos de informática centralizados no datacenter são distribuídos e instalados em locais dotados de proteção efetiva contra incêndio, atos de vandalismo, furto, roubo e outros eventos danosos que podem ser gerados por agentes internos e/ou externos. São adotadas as práticas recomendadas pelas normas, entre elas a ABNT NBR 15247, tais como controle de acesso por biometria, sistema de climatização de alta capacidade e de fornecimento de energia dimensionado adequadamente com nobreaks e geradores redundantes, com capacidade de operar plenamente o datacenter pelo tempo necessário em caso de falta de energia elétrica pública. O HCPA, mais uma vez preocupado com os bastidores da TI, decidiu pela construção de um prédio de Missão Crítica, específico para a área de TI, onde, no 6º piso, funcionará o datacenter propriamente dito, contendo sala cofre para os servidores principais, salas de telecomunicações e demais equipamentos juntamente com as equipes de operação. Com a instalação do novo datacenter, ficará resolvida a preocupação quanto à atual centralização dos principais ativos de TI em um único local, visto que, além de contar no novo ambiente com novíssimos recursos para garantia da segurança física, utilizar-se-á o atual datacenter como site secundário, para segmentação dos recursos críticos.

e) Existência de contratos de suporte e manutenção do ambiente:

Todos os principais ativos de TI, sejam de software ou de hardware, são cobertos por contratos de suporte com os respectivos fornecedores. Esta situação permite a cobrança de prazos de Acordos de Nível de Serviço (Service Level Agreement – SLA), que atendam adequadamente às exigências de disponibilidade de uma instituição hospitalar. O acesso externo pelos fornecedores aos servidores tem todo um regramento de segurança da informação, exigindo a assinatura de um termo de responsabilidade para realizar acesso remoto em casos de manutenção emergencial do equipamento, quando o ativo em questão é isolado da rede corporativa.

f) Tratamento de Contingências:

Estabeleceu-se como rotina de contingência, para uma possível indisponibilidade da rede, a geração automática de sumários do PEP no formato PDF, que são distribuídos para os microcomputadores utilizados nas 2.500 consultas diárias realizadas no ambulatório. Estes documentos, que sumarizam as informações mínimas necessárias para que os atendimentos aconteçam satisfatoriamente, ficam armazenados localmente, de forma protegida, e são liberados através de um código de acesso específico para que, em situações específicas, os profissionais de saúde consigam dar continuidade em sua atividade. Existe, também, um Plano de Contingência para as informações dos pacientes internados e da Emergência.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

As medidas adotadas têm como resultado: garantia de alta disponibilidade (24 horas por dia, 7 dias por semana); continuidade dos serviços prestados mesmo em caso de desastre; e atendimento a todas as necessidades de um hospital informatizado, com plenas condições de responder aos requisitos de segurança das informações, conforme preconiza a norma ABNT NBR 17799.

O Prontuário Eletrônico conta com uma infraestrutura de TI capaz de fornecer a confiabilidade exigida por uma aplicação deste nível de criticidade. Estas iniciativas permitiram no ano de 2010 um índice de disponibilidade da rede de 99.935%, sendo que os planos de contingência foram utilizados por 5 vezes, incluindo as paradas programadas, para manutenção.

Referências

- ANSI/TIA-942 - TELECOMMUNICATIONS INFRASTRUCTURE STANDARD FOR DATA CENTERS, Telecommunications Industry Association (TIA), 2005.
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 11515 - Critérios de Segurança Física Relativos ao Armazenamento de Dados, ABNT, 1990.
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 15247 - Unidades De Armazenagem Segura – Salas-Cofre e Cofres Para Hardware, ABNT, 2004.
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 17799 - Código de Prática para a Gestão da Segurança da Informação, ABNT, 2001.

Indicadores Assistenciais

P_167_2011 - Análise do Aumento dos Índices de Tratamentos Quimioterápicos Realizados em um Hospital Sentinela do Estado do Ceará

Aloisio Martins Viana Neto, Ana Livia Santiago Macêdo, Talita Mara Lima Pimentel, Helena Carmen Guerra Pinheiro, Flávio Alves Alcântara

Resumo: O câncer, após as doenças cardiovasculares, é atualmente a segunda causa de morte no mundo ocidental, especialmente nos países desenvolvidos. Os pesados investimentos em pesquisas e o volume de trabalhos publicados na área de oncologia confirmam, nos últimos anos, a importância atribuída à doença. Os avanços diagnósticos e terapêuticos têm favorecido a sobrevivência dos pacientes, com a redução da mortalidade. Assim, a preocupação dos profissionais de saúde, que assistem o paciente com doença oncológica, tem se voltado para as questões de qualidade de vida dos sobreviventes, que pressupõem um cuidado que focalize as dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Palavras-Chave: Câncer; quimioterapia; tratamento; paciente.

Introdução

O termo quimioterapia é utilizado na área de saúde para designar tratamento de neoplasias, porém sua definição correta é de uma substância química, isolada ou não que tem por objetivo tratar uma patologia tumoral ou não. (PROTOCOLO ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS).

O câncer, após as doenças cardiovasculares, é atualmente a segunda causa de morte no mundo ocidental, especialmente nos países desenvolvidos. Os pesados investimentos em pesquisas e o volume de trabalhos publicados na área de oncologia confirmam, nos últimos anos, a importância atribuída à doença. (SMELTZER et al, 2002).

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O tratamento do câncer pode ser realizado basicamente por quatro abordagens: a cirurgia e a radioterapia, como tratamentos locais; a quimioterapia e a terapia com agentes biológicos (como hormônios, anticorpos ou fatores de crescimento) como tratamentos sistêmicos. A quimioterapia é uma modalidade terapêutica importante para o câncer, representada pelo emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação. Essas drogas interferem no processo de crescimento e divisão celular, destruindo as células tumorais, mas também agredindo as células normais que possuem características semelhantes (BONASSA, 1998).

Os avanços diagnósticos e terapêuticos têm favorecido a sobrevivência dos pacientes, com a redução da mortalidade. Por outro lado, as recentes estimativas apontam para o aumento dos índices de internações hospitalares de pacientes com doença oncológica, nos próximos anos. (INCA, 2002).

Nas quatro últimas décadas a oncologia teve um desenvolvimento intenso, impulsionado pela incidência crescente de novos casos de câncer, provocados não somente pela ampliação da vida média da população mundial, mas, sobretudo pela ocorrência desta doença nas faixas etárias mais jovens. O câncer tornou-se um problema de saúde pública, assim como o diagnóstico precoce, os meios de reabilitação física, social e psicológica, que também são pontos fundamentais da luta contra esta doença. Quando não é possível curar, o alívio do sofrimento torna-se alvo de intervenção de uma equipe multidisciplinar. (GANZ, 1995) (COSTA NETO et al, 2000).

O aumento da incidência de câncer associado com uma taxa de cura insatisfatória determina, para a equipe multidisciplinar, redobrados esforços na compreensão da necessidade da inclusão de instrumentos para mensurar a qualidade de vida, nos pacientes portadores de neoplasia. Dificilmente existe outra doença crônica que induza tantos sentimentos "negativos" em qualquer um de seus estágios: o medo do diagnóstico, da cirurgia, a incerteza do prognóstico e recorrência, efeitos da radioterapia e quimioterapia, o sofrer pela dor e o enfrentamento da possibilidade da morte. (DEITOS, 1997)(DEITOS; GASPARY, 1997).

Assim, a preocupação dos profissionais de saúde, que assistem o paciente com doença oncológica, tem se voltado para as questões de qualidade de vida dos sobreviventes, que pressupõem um cuidado que focalize as dimensões físicas, psicológicas e sociais (RECCO, ET AL 2005).

Objetivo

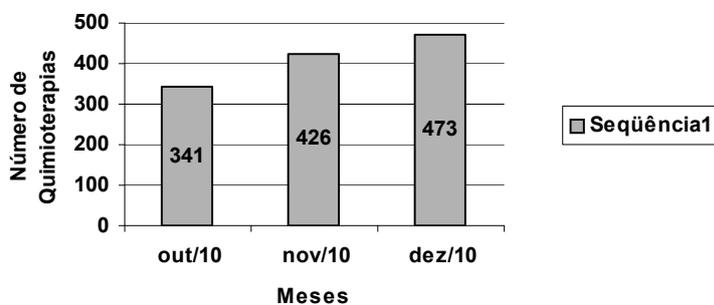
O objetivo do trabalho proposto foi realizar um estudo de dados comparativos para avaliar o crescente aumento das manipulações de quimioterápicos em um hospital sentinela nos últimos três anos.

Metodologia

O trabalho foi desenvolvido em um hospital sentinela, terciário, com 513 leitos, localizado em Fortaleza, CE. Foi realizado um estudo retrospectivo e quantitativo, baseado em um somatório de prescrições médicas manipuladas de medicamentos quimioterápicos no período do último trimestre dos anos de 2008, 2009 e 2010. Os dados foram catalogados em planilha do programa Excel®, com realização de gráficos.

Resultados

Total de Quimioterapias realizadas em Outubro, Novembro e Dezembro 2010



Conclusão

Conclui-se que o câncer é uma das patologias que mais cresce no mundo hoje. Pelos resultados obtidos, constatou-se um aumento significativo de pacientes que adoeceram de câncer nos últimos anos. Muitos fatores estão relacionados para o desencadeamento dessa doença. A avaliação do aumento dessa doença no Brasil tem que ser considerado como um fator de preocupante nos dias de hoje, tanto pelos profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar que assiste o paciente oncológico como pela população em geral. O Câncer sendo uma doença crônica, se não tratado inicialmente pode levar a um péssimo prognóstico, dificultando a qualidade de vida dos pacientes acometidos por essa tão fatal doença.

Em função do contexto apresentado, destacamos a importância das atividades de prevenção primária, tais como controle do uso de tabaco, redução do consumo de álcool e estímulo à dieta com qualidade nutricional e à prática de atividades físicas regulares, com a finalidade de eliminação ou diminuição, de maneira eficiente, eficaz e efetiva, dos fatores de risco associados ao câncer e a várias outras doenças crônicas não-transmissíveis.

Referências

- FRANZI, S. A.; SILVA, P.G. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital Heliópolis. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2003, 49(3): 153-158.]
- GUERRA, M. R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2005; 51(3): 227-234.
- ANJOS, A.C.Y.; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):33-40.
- RECCO, D. C.; LUIZ, C. B.; PINTO, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arq. Ciênc. Saúde*, 2005 abr-jun;12(2):85-90.
- PROTOCOLO ADMINISTRAÇÃO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2010.

Qualidade e Segurança

P_168_2011 - Qualidade em Terapia Intensiva em Busca Da Excelência

Bruna Ferreira Dutra, Flávio Árias Rodrigues, Wilson Rodrigues Lima Junior, Lina Sanae Kitagaki Abechaim, Firmino Haag Ferreira Junior, Rosilene Giusti, Fábio Zanerato

Resumo: Trata-se de uma abordagem do processo de qualidade no centro de terapia intensiva de um hospital de São Paulo, com foco no processo de permanente melhoria da assistência à saúde estimulando a equipe multiprofissional a atingirem padrões mais elevados de qualidade através de indicadores pré estabelecidos em reuniões multiprofissional.

Introdução

Informações são imprescindíveis para a administração de qualquer área empresa, principalmente quando transformadas em indicadores que se prestam a medir a produção de programas e serviços de saúde bem como estabelecer metas a serem alcançadas para o bem-estar da população.

A partir do ano de 2006, o centro de terapia intensiva, deu início ao processo de certificação da qualidade, quando foram descritos todos os processos e procedimentos pertinentes a uma Unidade de Terapia Intensiva e monitoradas.

O ponto de partida foi a busca pela ISO 9001:2001 (Implantação de melhorias na organização na qual se baseiam todas as normas do sistema da qualidade: identificação análise e monitoramento dos processos), seguido da ONA I, II e III (visa avaliar e promover a qualidade da assistência à saúde, elabora padrões de qualidade, define sistemáticas de avaliação e capacita multiplicadores e facilitadores).

O processo de qualidade se dá a partir dos indicadores gerenciais e assistenciais da equipe multiprofissional (enfermagem, médico, fisioterapia, farmácia, psicologia, fonoaudióloga, serviço de controle de infecção hospitalar, serviço de nutrição e dietética e SAME).

Objetivo

Busca da excelência a partir de análise dos resultados esperados a partir dos indicadores de qualidade, desenvolvidos dentro da Unidade de Terapia Intensiva, através do relatório de análise crítica, avaliados em reunião sistemática.

Justificativa:

Atuar com processo de qualidade, melhorando a assistência pela equipe multiprofissional.

Método:

Os indicadores são monitorados mensalmente e analisados através do relatório de análise crítica, onde são evidenciados os problemas, comentados de forma crítica e realizadas as tomadas de ações para alcançar metas propostas pela unidade dentro da nossa realidade e fundamentadas pela literatura, através da plataforma 5 W 2 H e avaliação contínua pelo PDCA.

Nossos indicadores:

Área da Enfermagem:

- Índice de infecção por cateter central
- Índice de pacientes que desenvolveram úlcera de pressão e índice de atendimento ao protocolo.
- Somatória de flebites ocorridas.
- Prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica

Área Médica:

- Índice reingresso no centro de terapia intensiva na mesma internação.
- Porcentagem de óbitos por sepses.
- Coleta de hemocultura em paciente com sepses.
- Índice de pacientes que desenvolveram trombose venosa profunda.
- Índice de pacientes que atenderam ao protocolo de Fast Hug.
- Número de notificações de Morte Encefálica.
- Apache II.

Área de Fisioterapia:

- Tempo médio de ventilação mecânica dos pacientes em intubação orotraqueal.
- Porcentagem de reintubação com menos de 48hs.
- Índice de pacientes que atenderam ao protocolo de desmame.

Área de Psicologia:

- Número de atendimento pela Psicologia.

Área de Farmácia: Grau de intervenção farmacêutica

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar:

- Taxa de IH – CTI/UCO
- Densidade de ITU x S.V.D. CTI/UCO
- Densidade de BCP x VM – CTI/UCO
- Densidade de I.Cat – CTI/UCO

Dados Estatísticos:

- Média de pacientes /Dia
- Taxa de ocupação/ mês
- Média de permanência
- Total de admissões
- Total de altas

- Total de óbitos

Serviço de nutrição e Dietética

- Perfil Nutricional do paciente CTI/UCO com nutrição enteral

Fonoaudiologia:

- Número de atendimentos pela fonoaudióloga

Conclusão:

Através dos resultados relatório de análise crítica, registramos o desempenho da unidade, monitorando e aperfeiçoando os processos conforme as necessidades apresentadas e com as exigências do processo da qualidade.

Anexo 1 - Balance Score Card – BSC

Indicador	Requisito (Característica do processo)	Medição	Referência - Média	Meta ou Padrão	Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
30 - Média de pacientes/dia	Eficiência	Paciente internados em período superior a 24hs	23hs (Série histórica Médiana CQH)	Monitoramento	24	21	21	24	22	21	22	27	27	24	23	26	24
31 - Taxa de ocupação/mês	Eficiência	Nº de pacientes/dia x100 / nº de leitos disponíveis na unidade	75,7% (Série histórica mediana CQH)	Monitoramento	80%	69%	68%	70%	70%	72%	72%	90%	90%	82%	78%	87%	78%
32 - Média de permanência	Eficiência	Somatória dos dias de permanência de cada paciente - melhor total de saídas	Média de 2009 = 7 dias	Monitoramento	9	8	6	6	7	6	7	9	10	7	8	7	7,5
33 - Total de admissões	Eficiência	Nº de pacientes internados	Média de 2009 = 97	Monitoramento	92	67	102	119	100	104	111	96	84	92	92	124	99
34 - Total de altas	Eficiência	Nº de altas	Média 2009=73	Monitoramento	59	50	75	83	80	89	73	85	57	75	68	76	72
35 - Total de óbitos	Eficiência	Nº de óbitos	Média de 2009 = 26	Monitoramento	26	24	23	26	18	22	29	31	26	27	20	46	27
36 - Genero	Eficiência	Sexo mais atendido	Média 2009 60%F e 38%M	Monitoramento	60%F 40%M	64%F 36%M	70%F 30%M	67%F 33%M	58%F 42%M	70%F 30%M	62%F 37%M	65%F 35%M	58%F 42%M	60%F 40%M	76%F 24%M	70%F 30%M	65%F 35%M
37 - Faixa etária	Eficiência	Média de idade mais atendida	76	Monitoramento	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	84	76
38 - Perfil Nosológico	Eficiência	Especialidades atendidas	Resp27% Neuro24% TGI 10% Cardio 10%	Monitoramento	Resp33% Neu28% TGI12% C.Vas4%	Resp17% Neu22% TGI12% C.Vas3%	Resp21% Neu27% TGI12% C.Vas1%	Resp25% Neu18% TGI10% C.Vas2%	Resp25% Neu18% TGI10% C.Vas2%	Resp29% Neu23% TGI7% C.Vas8%	Resp23% Neu25% TGI12% C.Vas12%	Resp17% Neu21% TGI13% C.Vas18%	Resp22% Neu25% TGI13% C.Vas22%	Resp24% Neu25% TGI13% C.Vas22%	Resp32% Neu12% TGI13% C.Vas4%	Resp23% Neu28% TGI15% C.Vas12%	
39 - Intervalo de substituição de leitos	Eficiência	Taxa de desocupação x Média de perm / Taxa de ocupação	Série histórica Médiana CQH	monitoramento	2,20	3,50	2,00	1,50	2,30	2,30	2,70	0,89	0,90	1,5	2,20	1,04	2,03
40 - Número de Rotatividade	Eficiência	Total de saída / número de leitos	Iniciado em 2010	monitoramento	2,8	2,9	2,5	3,0	3,2	3,7	2,4	2,1	2,5	3,4	2,9	4,0	2,9

Anexo 2 – Foto da Reunião Gerencial



Qualidade e Segurança

P_169_2011 - Programa de Melhoria Rápida da Qualidade no Hospital Infantil Menino Jesus

Clara Sette Whitaker Ferreira, Antonio Carlos Madeira de Arruda, Georges Maguerez

Resumo: Em 2009 e 2010 o hospital iniciou um programa de melhoria rápida da qualidade. Os projetos foram desenvolvidos em quatro etapas: descrição do processo, instalação do indicador de mudança, testes das ações de melhoria e consolidação dessas ações. Os resultados foram mudanças culturais (percepção da opinião dos usuários), mudanças nos processos de trabalho (melhor adequação às normas técnicas), e melhor qualidade (maior satisfação dos usuários ou redução dos custos). Instaurou-se uma dinâmica institucional de melhoria da qualidade, com ações concretas de melhoria antes dos processos de avaliação. Com esta abordagem, a acreditação torna-se uma ferramenta para a consolidação das ações de melhoria ao invés de ser um objetivo em si.

Introdução

Trata-se de um hospital da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, gerenciado desde 2008 por uma organização social. O hospital conta com 51 leitos de internação, 10 leitos de terapia intensiva, um hospital-dia e tem uma atividade ambulatorial intensa com mais de 10 especialidades pediátricas, sendo referência para a rede municipal para diversas patologias infantis.

Nesse contexto foram iniciados diversos programas de melhoria, entre os quais reforma estrutural, capacitação de pessoal, e programa de qualidade, objeto deste trabalho.

Justificativa

A melhoria da qualidade da assistência prestada pelos hospitais representa um desafio permanente. Não é fácil prestar serviços de qualidade, com segurança para o paciente, sem aumentar excessivamente os recursos.

Hoje no Brasil, gestão, qualidade, avaliação, são assuntos cada vez mais valorizados; escolas, universidades e prestadores de serviços oferecem cursos nos hospitais para ampliar os conhecimentos dos gestores, num esforço que já demonstra resultados positivos. Existe, no entanto, uma dificuldade de aplicação dos conhecimentos adquiridos nas práticas do cotidiano, que fica na dependência da capacidade individual de cada um. A utilização da metodologia de melhoria rápida da qualidade é uma forma de favorecer essa aplicação, assim como a divulgação dos novos conhecimentos dentro das práticas dos hospitais. Esta metodologia foi desenvolvida na França com base nos princípios da melhoria contínua, dinâmica desenvolvida nos Estados Unidos e utilizada no mundo todo.

Objetivo

O objetivo deste projeto foi a instalação de um programa de ação – formação, realizando ações de melhoria da qualidade e ao mesmo tempo estimulando um processo de sensibilização, motivação e compromisso dos profissionais com a qualidade, através da formação de pessoas com capacidade de dar continuidade aos processos desencadeados e de iniciar novos processos de melhoria. A metodologia utilizada baseia-se no princípio que é preciso melhorar antes de avaliar, e que é preciso implantar ações de melhoria para depois padronizar os processos melhorados.

Métodos

A metodologia da “melhoria rápida da qualidade” é desenvolvida em 4 etapas.

A primeira etapa consiste em identificar a situação a ser melhorada. Junto com as pessoas envolvidas em cada setor, identifica-se uma situação, que, de acordo com eles próprios, pode ser melhorada. Pode tratar-se de um problema, ou somente de uma vontade de fazer melhor. É importante preservar a autonomia do grupo de trabalho para a escolha do seu projeto, para garantir sua motivação. Uma vez identificada a situação, é realizada uma descrição do processo, com todos os que estão nele envolvidos, levando o grupo de trabalho a elaborar um retrato compartilhado do processo a ser melhorado. Neste estágio já pode observar-se a solução de algumas disfunções, pelo simples fato do maior grau de comunicação entre os atores. .

A segunda etapa tem por objetivo, antes de iniciar as mudanças, instalar uma medida que possa indicar para o grupo se as mudanças estão mesmo ocorrendo. O indicador escolhido deve permitir o acompanhamento da evolução da mudança. Por isso, esse indicador não deve avaliar a qualidade, mas a mudança. É uma diferença importante, pois o indicador de mudança é bem mais fácil de ser aplicado, além de ser mais sensível do que o indicador de qualidade. São exemplos de indicadores de mudança o número de problemas percebidos por dia, o número de pedidos de informação, ou ainda o intervalo de tempo entre dois incidentes. Por vezes, os indicadores de mudança e os indicadores de qualidade são os mesmos.

A terceira etapa é aquela da realização das mudanças: as ações de melhoria são propostas e testadas uma a uma, e sua eficácia é monitorada através do indicador de mudança. Dessa forma, uma evolução positiva do indicador após a implementação de uma mudança levará à reflexão sobre a pertinência de consolidar a mudança de forma definitiva. Para isso, o grupo de trabalho acompanha o impacto da ação no âmbito da qualidade da assistência, e também dos custos, da satisfação e da organização do trabalho. As ações que têm impacto positivo são consolidadas, aquelas com impacto negativo não são implementadas.

A última etapa consiste na consolidação das ações de melhoria, e na divulgação e difusão do método para a instituição como um todo. É importante mencionar que é a metodologia, e não os resultados, que é disseminada para as outras unidades. Entretanto, durante a aplicação do método, os profissionais vão testar as soluções desenvolvidas por outros grupos. O processo, até então do tipo « bottom-up » (pois baseado em um conjunto de pequenos projetos) integra-se no processo « top-down » institucional., Os eixos estratégicos da qualidade no estabelecimento aparecem então mais viáveis e realistas para os profissionais que dispõem de exemplos concretos de aplicação.

Para colocar em prática este programa no hospital, foi realizada a escolha de 15 projetos, desenvolvidos de forma simultânea nas diferentes unidades. Cada etapa durou 1 a 2 meses, e no início de cada uma todos os grupos se encontravam num “mini fórum” para apresentação e discussão dos seus avanços. O mesmo processo foi ampliado em seguida para mais 8 projetos, envolvendo novos profissionais, contribuindo para a difusão do método na instituição.

Resultados

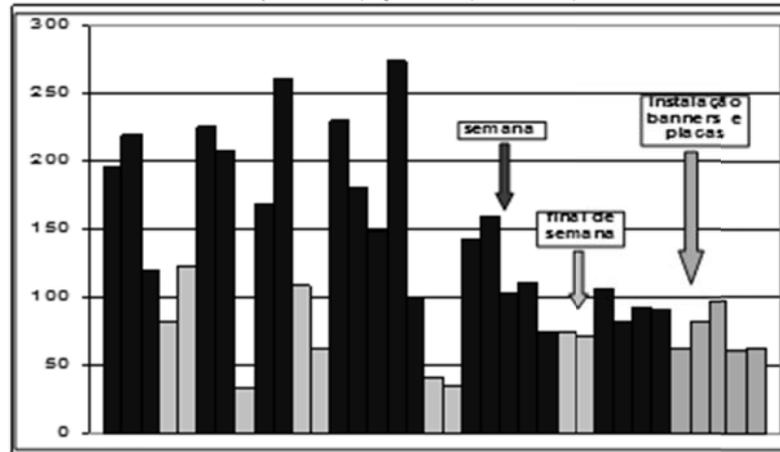
É possível apresentar os resultados dos projetos agrupando-os em três categorias, clássicas neste tipo de abordagem metodológica: mudanças dos comportamentos, mudanças dos processos de trabalho, e por fim mudanças da qualidade, identificadas através de um indicador. Na maioria das vezes, para um projeto, não se observa somente um tipo de resultado, porém um deles predomina. Apresentaremos aqui, de acordo com essas categorias, os resultados obtidos em alguns dos projetos de melhoria realizados no hospital.

Primeiro tipo de resultado: mudança dos comportamentos. Podemos citar o maior grau de envolvimento, o interesse mútuo pelos projetos, o conhecimento de outras áreas, a comunicação, a integração, o trabalho compartilhado. Este tipo de comportamento foi favorecido pelas ações de comunicação realizadas ao longo de todo o processo (exposição de pôsteres dos projetos)

Exemplo 1 : Melhoria das informações para os usuários

As informações sobre marcação de consulta, atendimento ambulatorial ou outras nem sempre eram bem compreendidas pelos usuários e muitas vezes crianças com seus acompanhantes procuravam os setores dentro do hospital. O objetivo do projeto foi implantar ações para que os usuários tivessem mais e melhores informações sobre os serviços dentro e fora do hospital, assim como melhorar a comunicação institucional com o usuário.

Gráfico 1: quantidade de perguntas feitas pelos usuários por dia

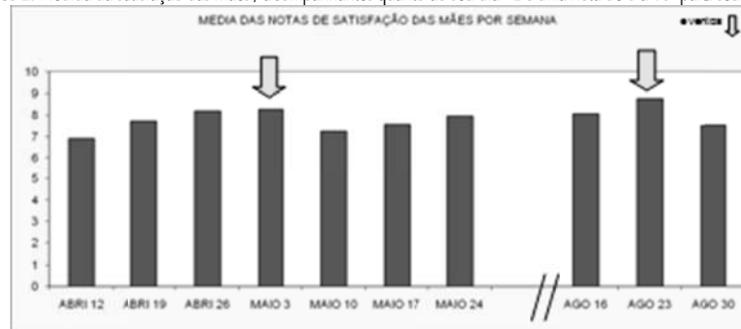


O projeto conduziu à realização de ações concretas, como os painéis de informação, ou os banners com as respostas às 6 perguntas mais frequentes. Porém, o principal resultado foi a mudança dos comportamentos. Antes mesmo da colocação dos banners, o número de perguntas por dia diminuiu, devido à maior disposição dos colaboradores e à maior atenção recebida pelos usuários. .

Exemplo 2 : Promoção de atividades para as mães e acompanhantes

As crianças internadas têm sempre um acompanhante, que na maioria das vezes é a mãe. As acompanhantes ficam ociosas durante o tempo de internação, o que contribui para aumentar a sua ansiedade com relação ao tratamento da criança. Foi identificada, em conjunto com o corpo de voluntárias, a necessidade de promover atividades para as mães e acompanhantes.

Gráfico 2: Medida da satisfação das mães / acompanhantes quanto ao seu dia "Dê uma nota de 0 a 10" para seu dia hoje"



Este projeto não mostra nenhuma variação importante da satisfação, a não ser a melhor avaliação nos dias em que houve alguma atividade comemorativa. No entanto a mudança foi importante, pois foi a posição do acompanhante na instituição que mudou. Hoje o acompanhante faz parte do plano de assistência às crianças. As ações para melhorar seu dia a dia são realizadas pelos próprios profissionais (bate-papo sobre saúde bucal com profissional de odontologia ou sobre alimentação com as nutricionistas) ou pelo corpo de voluntários (oficina de fuxico).

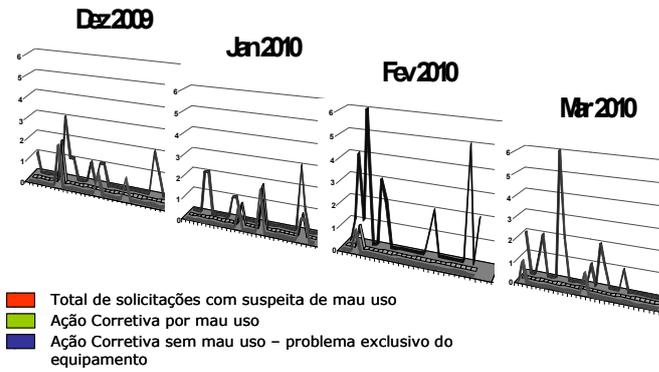
Segundo tipo de resultado: mudança nos processos de trabalho. Trata-se aqui da implantação de inúmeras pequenas melhorias que conduziram à revisão dos processos de trabalho, muitas vezes para adequação às normas técnicas, ou para otimização da qualidade ou dos custos.

Exemplo 3: Redução da quebra de equipamentos

Existe a impressão que há uma alta taxa de quebra de equipamentos eletromédicos por mau uso destes. O objetivo de melhoria foi a redução da taxa de quebra de equipamentos em uso e redução da manutenção corretiva dos equipamentos

Gráfico 3: Monitoramento das ordens de serviço

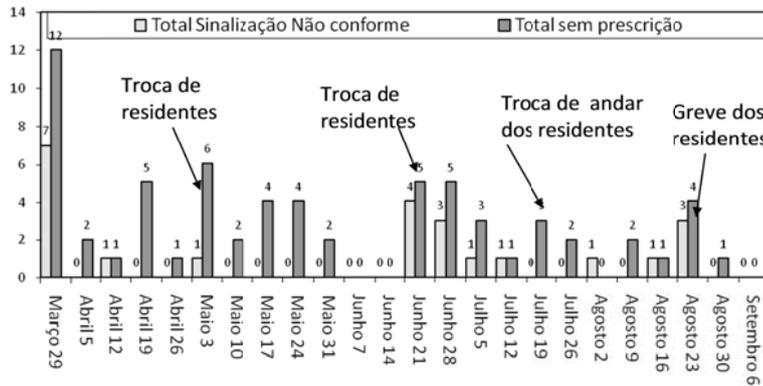
O resultado do projeto foi o desenvolvimento de novos processos de trabalho em relação ao uso dos equipamentos: estabelecimento de rotina de verificação imediata das solicitações de manutenção de equipamentos, antes de abrir Ordem de Serviço; obrigatoriedade de capacitação dos profissionais para uso dos novos equipamentos; rotina de monitoramento das Ordens de Serviço de manutenção de acordo com o tipo; rotina de monitoramento do tempo de retirada do aparelho para manutenção.



Exemplo 4: Melhorar o processo de isolamento

Foram identificadas, nas unidades de internação e no pronto-socorro, inadequações no processo de isolamento, como inadequação na sinalização dos isolamentos e ausência de informação de isolamento na prescrição médica.

Gráfico 4: Monitoramento semanal das não conformidades



Durante o desenvolvimento deste projeto, os protocolos de trabalho foram bastante modificados: foi elaborado um instrumento de coleta de dados para verificação da aplicação das recomendações de isolamento, com auditoria diária nas prescrições médicas e nas sinalizações de isolamento. Foram realizadas ações educativas junto às equipes assistenciais, e treinamento sobre as normas de precaução de isolamento. Observou-se, nesse período de monitoramento das não conformidades, uma tendência à diminuição das infecções hospitalares.

Terceiro tipo de resultados: melhoria da qualidade identificada através de um indicador

O objetivo final é este tipo de resultado; porém devido ao tempo necessário para familiarização e aprendizagem do método, é mais difícil obter esta melhoria logo nos primeiros projetos. Estes resultados aparecem muitas vezes ao final de projetos que já apresentaram os dois primeiros tipos de resultados.

Exemplo 5: Diminuição da evasão de roupas hospitalares

O Hospital infantil Menino Jesus utilizava enxoval alugado e lavado por empresa terceirizada. As roupas extraviadas eram pagas bimestralmente. O objetivo do projeto foi a redução do percentual de evasão de roupas para 2 % ao mês, reduzindo assim o custo do contrato. O grupo de trabalho reformulou o controle da pesagem das roupas e reorganizou a distribuição das roupas no hospital, resultando no melhor controle do fluxo da rouparia.



Gráfico 5: monitoramento da percepção de excesso de consumo

O indicador de mudança colocado em prática (unidades com excesso de consumo percebido pela rouparia na distribuição) favoreceu o diálogo entre os colaboradores da rouparia e aqueles das unidades, facilitando a re-programação das quantidades de kits a serem entregues. O maior controle da pesagem, da distribuição e do consumo permitiu uma redução de R\$ 25.000,00 no valor do contrato

Projeto 6: Melhoria do acolhimento no hospital-dia

Ao chegar ao hospital-dia para realizar a cirurgia, mães e crianças ficam ansiosas, por desconhecimento das etapas do processo pré-cirúrgico, cirúrgico e pós cirúrgico, e do tempo previsto de estadia no hospital. O acolhimento das crianças e mães passou a ser feito através de uma reunião coletiva, no momento da chegada, e foi colocado no quadro um trenzinho onde cada etapa está representada por um vagão, possibilitando a melhor compreensão de forma lúdica e interativa.

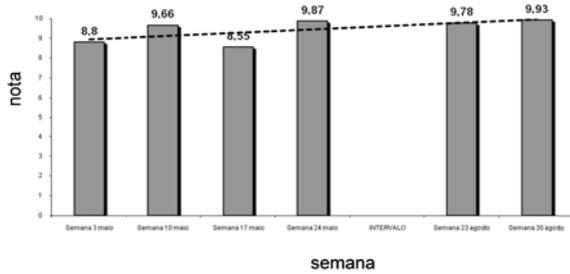


Gráfico 6: Média semanal da nota de satisfação das mães na saída do hospital-dia (nota de 0 a 10 : 0 ruim / 10 ótimo)

Este projeto mostra os três tipos de resultados. Os comportamentos mudaram (explicações mais completas por parte dos profissionais), os processos de acolhimento mudaram (instalação de armários no hospital-dia para guarda dos pertences, processo de acolhimento revisado) e o resultado de qualidade - satisfação das mães - melhorou.

Conclusões

O objetivo deste programa foi a implementação de um método de melhoria da qualidade que trouxesse mudanças rápidas e visíveis. O programa obteve bons resultados, mostrando a eficácia deste tipo de abordagem, graças a qual os profissionais estão agora envolvidos em uma dinâmica de mudança sem medo do controle e da avaliação. Desta forma, o programa facilita a aceitação de processos institucionais de conformidade e de acreditação, que são então vistos como ferramentas para consolidação das melhorias já realizadas.

Referências

- Berwick D, Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine*. 1989 Jan 5;320(1):53-6.
- Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J, Curing Health Care: new strategies for quality improvement. A report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health care. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1990.
- Batalden P, Stoltz P: A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Joint Commission Journal on Quality Improvement*. 1993 Oct; 19 (10): 424-452; discussion 448-52.
- Neuhauser D., McEachern J.E., Headrick L. *Clinical CQI: a book of readings*. Joint Commission Edition; USA. 1995: p1 – 23.
- Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP, *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1996.
- J.-M. Degois, L. Boudon-Rivet, P. Gouin, J. Pochtier, V. Baudry, G. Maguerez, Comment Eviter la dépression post accréditation : l' expérience du CHG de Dreux. *Gestions Hospitalières* : Décembre 2002 ;421:
- Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects do? Experience from seven countries. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003 Feb;29(2):85-93
- G. Maguerez. L. Amélioration rapide de la Qualité dans les établissements sanitaires et sociaux. Editions ENSP. 2005.

Qualidade e Segurança

P_170_2011 - Aprimoramento da Assistência Baseado no Diagnóstico de Enfermagem em Terapia Intensiva

Flávio Árias Rodrigues, Wilson Rodrigues Lima Junior, Bruna Ferreira Dutra, Lina Sanae Kitagaki Abechaim, Firmino Haag Ferreira Junior, Rosilene Giusti, Fábio Zanerato

Resumo: A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) possibilita que o enfermeiro assista o paciente crítico de forma global, porém, individualizada. Ao reestruturarmos o nosso processo da SAE, permitimos uma maior qualidade na assistência reduzindo os impactos negativos no gerenciamento dos indicadores de qualidade do centro de terapia intensiva (CTI).

Introdução:

A sistematização da assistência de enfermagem serve como instrumento para direcionar os cuidados de enfermagem. A importância da sistematização a partir do diagnóstico de enfermagem na assistência em pacientes de terapia intensiva baseado na NANDA (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION), direcionando os cuidados a partir de diagnósticos pré-determinado ao perfil de pacientes em terapia intensiva, facilitando ao enfermeiro a elaboração do cuidado a estes pacientes.

Refere-se que a metodologia da assistência é o caminho para o desenvolvimento de uma enfermagem calcada nos valores humanos, no cuidado personalizado para um ser individual. A reestruturação do processo garante melhor assistência ao paciente crítico monitorando o trabalho da enfermagem fundamentado nos princípios da qualidade do serviço oferecido, impactando diretamente sobre os indicadores do centro de terapia intensiva.

Objetivo:

Demonstrar a melhora da assistência de Enfermagem a partir da reestruturação da SAE com a implementação do diagnóstico de enfermagem individualizado no centro de terapia intensiva.

Justificativa:

A reestruturação da sistematização da assistência de enfermagem através da implantação do novo impresso (anexo 1 e anexo 2), ampliou a capacidade do enfermeiro em abordar o paciente de forma única, individualizando o cuidado, assistindo o paciente de forma global, minimizando os impactos negativos no gerenciamento dos indicadores de qualidade.

Método:

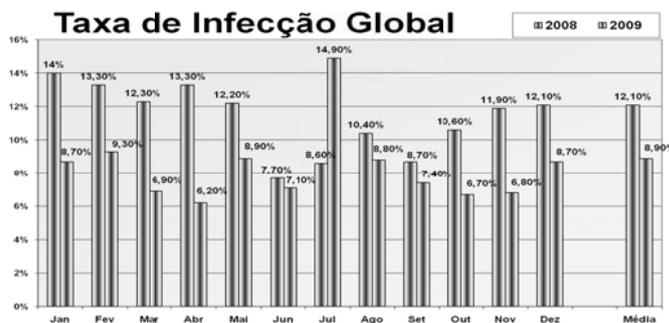
Análise temporal e retrospectiva e comparativa entre janeiro a dezembro de 2008 e entre janeiro a dezembro de 2009, com foco na reestruturação da SAE com diagnósticos pré-determinados e com intervenções correlacionadas, a partir das necessidades de pacientes assistidos em Unidade de Terapia Intensiva.

A reestruturação da SAE com diagnósticos pré-determinados com intervenção correlacionada a partir da necessidade de um paciente assistido em uma unidade de terapia intensiva. Sendo esse um instrumento de trabalho privativo do enfermeiro, é composto de seis fases. A primeira constitui de Histórico de enfermagem que é um roteiro sistematizado para levantamento de dados significativos que favorecem a identificação dos problemas do paciente. A segunda fase é o Diagnóstico de enfermagem, ou seja, as necessidades Humanas básicas afetadas descritas como estado de tensões, conscientes, inconsciente assim como o seu grau de dependência. A terceira fase é apresentada pelo Plano assistencial, que a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico e grau de dependência estabelecido. A fase quatro é a Prescrição de enfermagem, roteiro diário que coordena o atendimento das necessidades do indivíduo. A quinta fase é a Evolução de Enfermagem, relato diário ou periódico das alterações sucessivas ocorridas no indivíduo, uma avaliação global do plano de cuidados. A sexta e última fase é o Prognóstico de Enfermagem que indicará as condições que o paciente atingiu na alta hospitalar. Tal mudança também facilitou o desenvolvimento do processo, pois o mesmo passa a selecionar o diagnóstico/intervenção já existente no impresso conforme a necessidade individual de cada paciente a partir dos problemas levantados no processo e também acrescentando quando necessário.

Ouve treinamento e capacitação dos profissionais e também validação da eficácia do processo através de check list.

Resultados:

O aprimoramento da SAE mostrou a redução de eventos adversos dos seguintes indicadores: flebite, redução de 0,51% de incidência, ulcera por pressão, redução de 29,4%, taxa de infecção em cateter venoso central, redução de 17,94%. Não houve melhora significativa quanto a Infecção do trato urinário por sonda vesical demora, porém houve redução significativa quanto a taxa de infecção global no CTI, além da maior qualidade na acedência.



Conclusão:

O aprimoramento da SAE proporcionou cuidados individualizados aos pacientes, assim como norteou o processo decisório em situações gerenciais na assistência em terapia intensiva.

Anexo 1 – Sistematização da Assistência de Enfermagem – Frente

CRUZ AZUL DE SÃO PAULO

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM CITA-BUOLTO

STIQUETA: _____

DATA: _____

DIAGNÓSTICO:

1.0 Ansiedade - sentimento de inquietação / Aprensão, medo / Tensão aumentada / Nervosismo / Medo descontrolado

2.0 Desobediência / Ineficácia das vias aéreas - torção, expectoração, tosse / Ineficácia, dispnéia e agitação

3.0 Déficit de autocuidado - Capacidade de realizar a higiene pessoal / de manter e apertar em um ritual

4.0 Diaréia - Frequência aumentada das eliminações / Aumento do peristaltismo / Aumento das eliminações líquidas

4.1 Constipação - Relacionado a mudança de ambiente / Negação / Atividade física insuficiente e outros

5.0 Dor - Relacionado a agentes físicos, biológicos ou químicos e valores da escala de dor

6.0 Eliminações urinárias alteradas - Frequência de eliminações aumentada ou diminuída / Dúvida / Nictúria / Incontinência / Retenção / SVD

7.0 Integridade da pele prejudicada - espelma ou darme alterada / solução de continuidade / descolamento das camadas da pele / alteração do estado metabólico e nutricional

8.0 Integridade tissular prejudicada - tecido lesado ou destruído e mucosa, crínea ou tecido subcutâneo

9.0 Mobilidade física prejudicada - inabilidade para movimentação / intolerância a atividade física / enfraquecimento músculo esquelético / dor ou desconforto

10.0 Nutrição alterada - ingestão menor ou maior que a necessidade corporal / Perda ou excesso de peso / Ingestão inadequada de alimentos / falta de interesse por alimentar-se / inabilidade para ingerir alimentos / distúrgia de: SNE () SNG () GTM () NPT ()

11.0 Padrão respiratório ineficaz - dispnéia, taquipnéia, batimento de asas de nariz, etc

12.0 Perfilado tissular ineficaz - () Cardíaco/pulmonar, () Cerebral, () Gastrointestinal, () Artéria, () Pulpação / Fadiga, palidez, perfúria, estado mental alterado, mudança na resposta motora, deglutição alterada, sacção pupilar / RHA/diuréticos, distensão abdominal, náusea

13.0 Proteção ineficaz - deficiência na imunidade / Alteração da coagulação / Imatúria / Fraquezas

14.0 Risco de aspiração - Alimentação por sonda, traqueostomia ou tubo orotraqueal

15.0 Risco de infecção - defesa primária e secundária insuficiente / imunidade adquirida / doença crônica / procedimentos invasivos / desuolção / Uso de agentes farmacológicos: Uso SVD dias () óleos

16.0 Risco de queda - idade acima de 65 anos, uso de próteses, ofuscidade na marcha, déficit auditivo e visual pós-operatório, estado mental alterado

17.0 Volume excessivo de líquido - edema, anasarca, ganho de peso em curto período, congestão pulmonar, derrame pleural, mecanismos reguladores comprometidos

18.0 Risco de entubação acidental, fixação inadequada / posição inadequada das extremidades do aparelho

Elaborador da SAE: _____ Enfermeiro responsável pelo plantão: _____

Manhã: _____ Tarde: _____ Noturno: _____

A.3.1412.0204 MOD. 11/04

Anexo 2 – Sistematização da Assistência de Enfermagem - Verso

DATA:	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
	1.1 <input type="checkbox"/> Manter ambiente tranquilo e confortável	
	2.1 <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas, anotar aspecto / quantidade / cor das secreções	
	3.1 <input type="checkbox"/> Realizar banho: () seco, () Apsoluto, () Cadeira higiênica	
	3.2 <input type="checkbox"/> Realizar higiene oral com	
	3.3 <input type="checkbox"/> Realizar higiene íntima às trocas e ou 3 x ao dia	
	4.1 <input type="checkbox"/> Anotar aspecto, quantidade e frequência das eliminações intestinais	
	5.1 <input type="checkbox"/> Comunicar e anotar se dor local e intensidade	
	6.1 <input type="checkbox"/> Anotar volume e aspecto do sêdulo urinário: comunicar oligúria, polúria	
	7.1 <input type="checkbox"/> Realizar curativos	
	7.2 <input type="checkbox"/> Realizar hêrtraga da pele com	
	8.1 <input type="checkbox"/> Observar, comunicar e anotar alteração de mucosas	
	9.1 <input type="checkbox"/> Realizar e anotar mudanças de decúbito de 2 em 2 horas	7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 01, 03 e 05 horas
	9.2 <input type="checkbox"/> Rotacionar locais glicêmica capilar e medicação subcutânea	
	9.3 <input type="checkbox"/> Rotacionar sítio de punção e pressão invasiva de 2 em 2 horas	7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 01, 03 e 05 horas
	9.4 <input type="checkbox"/> Proteger promemória e fossas com coque	
	9.5 <input type="checkbox"/> Manter MMS/PI e lavados	
	9.6 <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado e manusear em dupla	
	9.7 <input type="checkbox"/> Sentar na poltrona	
	10.1 <input type="checkbox"/> Anotar anotação alimentar e: () auxiliar, () estimular, () oferecer	
	10.2 <input type="checkbox"/> Prezar na admissão	
	10.3 <input type="checkbox"/> Comunicar náuseas, vômitos e inapetência	
	11.1 <input type="checkbox"/> Anotar p/ sinais de dispnéia, taquipnéia, batimento de asas de nariz	
	11.2 <input type="checkbox"/> Observar e anotar padrão respiratório	
	12.1 <input type="checkbox"/> Comunicar, anotar presença de arritmias, dor torácica, sudorese	
	12.2 <input type="checkbox"/> Comunicar alteração do nível de consciência	
	12.3 <input type="checkbox"/> Comunicar: ciano se, palidez, sudorese e hemostoma	
	13.1 <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito e evitar traumas	
	14.1 <input type="checkbox"/> Testar SNG / SNE antes do uso	
	14.2 <input type="checkbox"/> Lavar SNE com 20 ml. de água antes e após infundir dietas / medicações	
	15.1 <input type="checkbox"/> Trocar a fixação do acesso venoso na unidade ou sujeidade	
	15.2 <input type="checkbox"/> Realizar curativos no acesso venoso central com	
	15.3 <input type="checkbox"/> Trocar fixação () Teq, () SNE, () SNG, () TOT, () Dreno	
	15.4 <input type="checkbox"/> Observar sinais flogísticos em acesso venoso	
	16.1 <input type="checkbox"/> Manter grades de vedas e travadas	
	16.2 <input type="checkbox"/> Checar restrição física, anotar a necessidade e avaliar o local	
	17.1 <input type="checkbox"/> Manter restrição hídrica e hidratação da pele	
	17.2 <input type="checkbox"/> Observar, comunicar presença de edema	
	18.1 <input type="checkbox"/> Checar fixação dos artelhos 3 x ao dia: () Dreno, () TOT, () CVC, () SNE	

Qualidade e Segurança

P_171_2011 - A Qualidade de Vida do Trabalhador de Enfermagem de um Hospital Estadual

Maria Valéria Pereira, Marília Gabriela Gonçalves Tarley, Wilza Carla Spiri

Resumo: O estudo tem como objetivo conhecer as características da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital estadual do interior paulista, utilizando a escala de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF). É quantitativo, exploratório-descritivo, amostra de 281 profissionais de enfermagem. Não houve alterações estatisticamente significativas entre as variáveis estudadas. Conclui-se que os profissionais têm qualidade de vida adequada, tornando relevante à abordagem da qualidade de vida em uma organização que busca a qualidade por meio da acreditação hospitalar segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA) cujo objetivo é melhoria da assistência à saúde.

Palavras chave: Qualidade de vida. Qualidade da assistência a saúde. Saúde do trabalhador. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida do profissional da saúde esta intimamente ligada à qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço. Ter uma vida saudável é estar longe do estresse, de extensas jornadas de trabalho ou a qualquer outro fator condicionante a alterações de vida, nota-se que há um tratamento mais humanizado e, por conseguinte uma qualidade da assistência, isso não é válido somente para o enfermeiro, mas sim a todos os membros da equipe (1-5).

“A qualidade de vida no trabalho é o maior determinante da qualidade de vida”. A partir do momento em que o homem passou a querer se sentir satisfeito e realizado com as atividades que desenvolve, estas se tornaram uma preocupação constante no cotidiano do mesmo, pois o que se observa é uma situação de insatisfação que interfere na Qualidade de Vida (QV) do profissional (6).

Pautados nessa realidade e preocupados com a humanização das ações no contexto hospitalar, o Ministério da Saúde criou, em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, posteriormente Política Nacional de Humanização que tem como objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissionais e profissionais/usuários, visando à melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por essas instituições, além de favorecer as condições de trabalho da área de saúde (7).

A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) vem sendo estudada para facilitar a vida do trabalhador. Tornar o trabalho mais prazeroso, trazer bem estar e amenizar o sofrimento no trabalho. Está ligada diretamente com a satisfação dos clientes internos e externos.

O grupo de qualidade de vida da OMS, sob a coordenação de Jonh Orley, define especificamente a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores, nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É composta de, pelo menos, seis domínios: o físico, o psicológico, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e a espiritualidade (1,2).

Medir qualidade de vida (QV) é bastante complexo pelo fato de não encontrar definição consensual sobre o que ela realmente significa. Por isso o pesquisador deverá definir o que está considerando como QV em seu estudo ou estabelecer em qual definição esse conceito se operacionaliza em seu trabalho de investigação (2,8,9,10).

Atualmente existem duas formas de mensurar QV, por meio de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Como os dois instrumentos fornecem informações diferentes, eles podem ser empregados concomitantemente. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo (9,10).

Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações. Eles avaliam de maneira individual e específica, determinados aspectos como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga, dentre outros. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento (reduzido número de itens e amostras insuficientes) (9).

A OMS criou o Grupo de Qualidade de Vida, The WHOQOL Group (11). O instrumento desenvolvido por esse grupo em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (dor) (8).

O grupo desenvolveu, até o momento, dois instrumentos gerais de medida de qualidade de vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: Domínio-1 (Físico); Domínio-2 (Psicológico); Domínio-3 (Independência); Domínio-4 (Relações sociais); Domínio-5 (Meio ambiente) e Domínio-6 (Espiritualidade/crenças pessoais). O segundo instrumento, que será utilizado nesta pesquisa, é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: Domínio-1 (Físico); Domínio-2 (Psicológico); Domínio-3 (Relações sociais) e Domínio-4 (Meio ambiente) (12).

JUSTIFICATIVA

Considerando que a qualidade de vida está intimamente relacionada com o ambiente de trabalho, a presente pesquisa destaca-se pela proposta de investigação da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem em uma organização de saúde que tem como aspecto fundamental a busca da qualidade por meio do processo de acreditação hospitalar segundo a ONA que tem por objetivo a implementação de um processo de melhoria da assistência à saúde (13).

Apreende-se que a enfermagem desenvolve atividades estressantes, num ambiente, onde freqüentemente as pessoas estão enfermas ou debilitadas com alto grau de sofrimento e, portanto, o trabalho pressupõe o envolvimento destes profissionais o que nos leva a indagar: Será que os profissionais de enfermagem, neste ambiente que busca a qualidade da assistência para os usuários, têm qualidade de vida?

OBJETIVOS**Objetivo Geral**

Conhecer a qualidade de vida (QV) dos profissionais de Enfermagem de um hospital estadual do interior paulista.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar qualitativamente – através da escala de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF) – a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um Hospital Estadual;
- Analisar as características de qualidade de vida da população estudada segundo os domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente;
- Observar se há diferenças nos indicadores da qualidade de vida entre marcadores estudados: cargo profissional (auxiliar, técnico e enfermeiro); turno (manhã, tarde e noite) e local (ambulatório e hospital).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, transversal, exploratório-descritivo com análise dos dados por meio da estatística.

A pesquisa foi realizada em um Hospital Estadual de um município do interior do Estado de São Paulo. O Hospital possui 318 leitos operacionais e 63 leitos complementares, abrange uma região que compreende 68 municípios, com população estimada de 1,8 milhão de pessoas.

Os sujeitos do estudo foram constituídos por 281 profissionais de enfermagem. Destes 66 (23,5%) são enfermeiros, 184 (65,5%) Técnicos de Enfermagem e 31 (11%) Auxiliares de Enfermagem.

Foi realizado o cálculo do tamanho mínimo da amostra dos profissionais de enfermagem usando uma pré-valência de 50% com erro de 5% e 95% de confiança, obtivemos um N=234 totalizando o número mínimo de profissionais integrantes na pesquisa.

Os critérios de inclusão consideraram:

- Ter um ano de experiência ou mais;
- Aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Responder e entregar, no tempo estabelecido, o instrumento de coleta de dados.

A coleta de dados procedeu-se após a concordância por parte da direção geral do Hospital para a aplicação da pesquisa aos trabalhadores da enfermagem e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (OF. 197/2020-CEP).

O WHOQOL-BREF é um instrumento genérico de qualidade de vida composto de 26 itens pertinentes à avaliação subjetiva do indivíduo em relação aos aspectos que interferem em sua vida. Por tratar-se de um construto multidimensional, este instrumento de medida da qualidade de vida abrange quatro domínios – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A versão em português utilizada neste estudo foi validada por Fleck et al no ano de 2000 (12).

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e os resultados segundo o referencial teórico sobre a temática.

Para as análises estatísticas, foi utilizado o Programa de informática compatível com o Windows® denominado Statistical Package for Social Sciences - SPSS®.

Para a análise dos dados e descrições dos domínios dos instrumentos de QV foram usadas dentro da análise descritiva medidas de tendência central como: frequência, média e mediana e medidas de dispersão como o desvio padrão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população estudada tem em sua maioria a predominância de técnicos de enfermagem sendo 138 (65,50%) profissionais, seguido por enfermeiros 66 (23,50%) e por último, auxiliares de enfermagem 31 (11%).

Quanto à distribuição dos indivíduos por turno de trabalho a amostra ficou constituída por 125 (44,48%) trabalhadores no turno da manhã, 58 (20,64%) no turno da tarde e 98 (34,88%) no turno da noite. A maior concentração de trabalhadores observada no turno da manhã se deve ao fato de ser o período com o maior número de tarefas ligadas ao trabalho da enfermagem. Já a concentração observada no turno noturno é devido ao esquema da escala de trabalho que é de doze horas de trabalho para trinta e seis horas de folga, necessitando de dois grupos de trabalho.

Quanto ao local de maior participação foi o setor hospitalar que corresponde às unidades de internação com 254 (90,39%) trabalhadores seguida pelo setor ambulatorial com 27 (9,61%) trabalhadores.

Analisando-se quanto ao cargo/turno exercido observou-se a presença de enfermeiros em 23,50% da população, havendo prevalência, em todos os turnos de trabalho, de técnicos de enfermagem com 65,50% da população. Resultados semelhantes foram encontrados por Costa, Morita e Martinez (14) que observaram o predomínio de outros profissionais quando comparados ao número de enfermeiros sendo: auxiliar de enfermagem com 64,65% contra 5,45% de enfermeiros, justificado pela divisão técnica do trabalho que opera verticalmente, com base na redistribuição das tarefas entre o pessoal de diferentes níveis de qualificação e por ser menos custoso.

As médias encontradas pelos diferentes domínios foram semelhantes, pois seus valores não apresentaram diferença acentuada, demonstrando homogeneidade entre esses aspectos na vida dos indivíduos analisados.

O maior escore dentre os domínios foi alcançado pelo escore social, com média de 71,24. Logo após, o domínio psicológico com média de 63,26. Seguido pelo domínio físico com média de 57,65 e por fim o domínio ambiental com média de 57,16.

O domínio social foi o que apresentou maior pontuação máxima, alcançando o escore 100. Já o domínio físico obteve a menor pontuação máxima 80, e o construto social e ambiental obtiveram o menor escore mínimo com 12,50.

O domínio-ambiental e o domínio-físico tiveram a pior avaliação, aspecto já esperado e referido pela literatura estudada, pois trata-se de sujeitos que atuam num ambiente estressante e com a possibilidade da capacidade física ter declínio pelo aumento de dores musculares devido às lesões de esforço repetitivo, problemas com o sono, alterações de mobilidade e jornada dupla de trabalho, diminuindo assim o índice de qualidade de vida atribuída a estes profissionais (14).

Como as duas primeiras questões do WHOQOL-Bref não fazem parte de domínios específicos foram analisadas separadamente, pois as mesmas equivalem à percepção que o indivíduo tem de sua qualidade de vida e de sua saúde. A percepção sobre a QV foi analisada na 1ª questão (Q1) e a satisfação com a própria saúde na 2ª questão (Q2), conforme tabela 1.

Tabela 1- Análise descritiva referente à percepção sobre a Qualidade de Vida e satisfação com a própria saúde dos Profissionais de Enfermagem. Botucatu, 2010.

Questão	Resposta	Nº	(%)	Auxiliar (%)	Enfermeiro (%)	Técnico (%)
Q1	Muito ruim	002	0,74	-	-	1,10
	Ruim	029	10,58	10	11,29	10,44
	Nem ruim e nem boa	067	24,45	26,67	32,26	21,43
	Boa	155	56,57	60	51,61	57,69
	Muito boa	021	7,66	3,33	4,84	9,34
	Não respondeu	07	2,49	-	-	-
	Total	281	100	100	100	100
Q2	Muito ruim	003	1,10	-	1,59	1,10
	Ruim	020	7,33	17,24	6,35	6,09
	Nem ruim e nem boa	071	26,00	34,48	30,16	23,20
	Boa	148	54,21	48,28	52,38	55,80
	Muito boa	031	11,36	-	9,52	13,81
	Não respondeu	08	2,85	-	-	-
	Total	281	100	100	100	100

Observou-se que todas as categorias profissionais de enfermagem consideram, em sua maioria, sua qualidade de vida entre boa e muito boa.

Referente à segunda questão que avaliou a satisfação do indivíduo com a própria saúde observou-se que a categoria Auxiliar de enfermagem apresenta menor satisfação com sua saúde, pois a maioria refere estar entre ruim e nem ruim, nem boa. O enfermeiro e Técnico de enfermagem consideram entre boa e muito boa.

Os resultados apresentados mostram que, de uma forma geral e positiva, a maioria dos trabalhadores encontravam-se satisfeitos com a sua saúde. Dados semelhantes foram encontrados por Fleck et al (15). Ao aplicar este teste em uma amostra de 250 indivíduos, onde 38% consideraram estar satisfeitos com a sua saúde.

Apesar dos bons resultados apresentados, estudiosos como Silva e Massarollo (16) colocam que o trabalho de enfermagem gera um acúmulo de processos destrutivos que comprometem a saúde e vida dos trabalhadores e que com o tempo desfavorecem a QV destes profissionais.

A Tabela 2 demonstra os escores obtidos em cada domínio relacionado com a categoria dos profissionais de enfermagem. Observou-se que a média dos escores para auxiliar de enfermagem foi de 58,86 para o Domínio-1 (físico), 61,24 para o Domínio-2 (psicológico), 68,41 para o Domínio-3 (relações sociais) e 52,62 para o Domínio-4 (meio ambiente).

O profissional enfermeiro no Domínio-físico obteve escore de 56,38, o Domínio-psicológico 63,21, o Domínio- relações sociais 68,31 e o Domínio meio ambiente 58,83. O profissional técnico no Domínio-físico obteve escore de 57,91, o Domínio-psicológico 63,62, o Domínio- relações sociais 72,77 e o Domínio-meio ambiente 57,32.

Estes dados mostraram que todos os profissionais de enfermagem tiveram uma tendência a ter os piores escores no Domínio-meio ambiente, seguido pelo Domínio Físico.

A análise de variância desses dados demonstrou não haver diferença significativa entre as categorias de profissionais quando comparada aos quatro domínios do WHOQOL-Bref, pois os valores não foram inferiores ao de p ($p < 0,05$). Havendo desta forma $p=0,4524$ para o Domínio Físico; $p=0,5589$ para o Domínio Psicológico; $p=0,117$ para o Domínio Social e $p=0,0999$ para o Domínio Ambiental. Portanto, neste caso o cargo profissional não interferiu no perfil de qualidade de vida destes trabalhadores.

Tabela 2- Média dos Domínios por Categoria Profissional. Botucatu, 2010.

QV por Domínio	Profissionais	N=281	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Domínio 1 (Físico)	Auxiliar	31	58,86	9,51	35,71	78,57
	Enfermeiro	66	56,38	9,85	35,71	80,00
	Técnico	184	57,91	10,37	25,00	78,57
Domínio 2 (Psicológico)	Auxiliar	31	61,24	11,06	37,50	79,17
	Enfermeiro	66	63,21	10,21	41,67	91,67
	Técnico	184	63,62	11,82	29,17	83,33
Domínio 3 (Relações Sociais)	Auxiliar	31	68,41	17,47	12,50	100,00
	Enfermeiro	66	68,31	17,00	25,00	100,00
	Técnico	184	72,77	16,85	33,33	100,00
Domínio 4 (Meio Ambiente)	Auxiliar	31	52,62	11,67	15,63	71,88
	Enfermeiro	66	58,83	13,00	12,50	87,50
	Técnico	184	57,32	13,73	12,50	96,88

A Tabela 3 apresenta os escores obtidos em cada domínio relacionado com o turno de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Os dados mostraram que em todos os turnos de trabalho houve uma tendência a ter os piores escores no Domínio-meio ambiente e no Domínio-Físico. A análise desses dados demonstrou diferença nas médias dos domínios quando comparados os turnos, pois o que se avaliou foi uma diminuição das médias em todos os domínios do período noturno quando comparado aos demais.

Estudiosos comprovam que o número de trabalhadores noturnos que se queixam de problemas de saúde tem aumentado. O maior deles são os distúrbios do sono, já que, durante o dia, o profissional não consegue repor as energias necessárias, por conta dos ruídos e da claridade. Isso provoca fadiga crônica e queda do desempenho do trabalhador, que se torna mais propenso ao erro e aos acidentes de trabalho. O risco de ocorrerem acidentes no trabalho noturno é três vezes maior, quando comparado ao trabalho diurno (17).

A análise de variância demonstrou haver diferença significativa entre os turnos de trabalho quando comparado aos domínios, pois os valores de p foram menores que 5% ($p < 0,05$). Desta forma o Domínio-Físico apresentou diferença ($p=0,0172$) quando

comparado o turno da manhã com o turno da noite; o Domínio-Psicologico apresentou diferença ($p=0,019$) quando comparado o turno da tarde com o turno da noite e o Domínio-Meio Ambiente apresentou diferença ($p=0,0019$) quando comparado o turno da manhã e o tarde com o turno da noite. Apenas o Domínio-Social não apresentou diferença ($p=0,3938$), não interferindo na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem.

Tabela 3- Média dos domínios por turno de trabalho. Botucatu, 2010.

QV por domínio	Turno	N=281	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Domínio 1 (Físico)	Manhã	125	58,78	9,98	35,71	80,00
	Tarde	58	59,17	10,34	25,00	78,57
	Noite	98	55,31	9,94	33,33	78,57
Domínio 2 (Psicológico)	Manhã	125	64,05	10,40	33,33	91,67
	Tarde	58	65,70	11,26	37,50	87,50
	Noite	98	60,80	12,23	29,17	83,33
Domínio 3 (Relações Sociais)	Manhã	125	70,93	18,10	25,00	100,00
	Tarde	58	73,85	16,03	33,33	100,00
	Noite	98	70,06	16,14	12,50	100,00
Domínio 4 (Meio Ambiente)	Manhã	125	59,29	12,75	12,50	96,88
	Tarde	58	59,04	12,31	25,00	81,25
	Noite	98	53,32	14,14	12,50	81,25

Quanto aos escores obtidos em cada domínio relacionado com o local de trabalho dos profissionais de enfermagem. Observou-se que a média do escores para a setor ambulatorial foi de 56,88 para o Domínio-1 (físico), 59,41 para o Domínio-2 (psicológico), 67,59 para o Domínio-3 (relações sociais) e 57,64 para o Domínio-4 (meio ambiente).

No setor hospitalar o Domínio-físico obteve escore de 57,74, o Domínio-psicológico 63,67, o Domínio-relações sociais 71,62 e o Domínio meio ambiente 57,11.

O domínio Físico ambulatorial foi o qual obteve menor escore totalizando 56,88 de média, seguido pelo domínio ambiente hospitalar com 57,11 de média.

Estes escores tornam-se nítidos pelo próprio ambiente de trabalho, pois se trata de um ambiente estressante onde são impostas diversas atividades de vários níveis de complexidade, havendo desta forma certo desgaste físico diário.

A análise de variância desses dados demonstrou não haver diferença significativa entre os locais de trabalho quando comparado aos quatro domínios do WHOQOL-Bref, pois os valores não foram inferiores aos de p ($p < 0,05$). Havendo desta forma $p=0,6772$ para o Domínio Físico; $p=0,0642$ para o Domínio Psicológico; $p=0,2428$ para o Domínio Social e $p=0,845$ para o Domínio Ambiental. Portanto, neste caso o local de trabalho não interferiu na de qualidade de vida destes trabalhadores.

Os resultados que relacionaram a QV com a categoria profissional, turno e local de trabalho revelaram escore total de 57,65 para o Domínio-1 (físico), 63,26 para o Domínio-2 (psicológico), 71,24 para o Domínio-3 (relações sociais) e 57,16 para o Domínio-4 (meio ambiente). A partir desta pontuação deduz-se que, com exceção do Domínio-4 (meio ambiente) e do Domínio-1 (físico) os demais domínios foram importantes para elevar os escores e definir o perfil de qualidade de vida dos profissionais da enfermagem do hospital estudado.

Assim, a análise estatística descritiva dos dados de QV apresentados neste estudo evidenciou escores altos para os psicológico e relações sociais, quando comparados ao domínio-4 e domínio-1, indicando uma boa qualidade de vida. Já o domínio-4 (meio-ambiente) apresentou escores mais baixos em quase todas as variáveis analisadas, só não apresentou pior escore na variável local, pois neste o domínio-1 (Físico) obteve menor escore total. Como o domínio-4 avalia a relação com o meio ambiente, atribui-se os baixos escores pela sua relação com questões como segurança, lazer, moradia, transporte, serviços de saúde, salário, ambiente físico; o domínio-1 também atribuiu baixo escore, pois o mesmo avalia a relação de dor, desconforto, energia, sono, atividades cotidianas, dependência de medicação e capacidade de trabalho, sendo estes fatores convictos que refletem na QV dos profissionais em um ambiente estressante como é o hospitalar.

Essas questões são consideradas componentes fundamentais sobre o qual se pode edificar uma vida com qualidade, porém, são questões que não dependem somente do trabalhador para serem solucionadas e sim das organizações.

Apesar do domínio-físico e ambiental apresentarem o menor escore total, seus valores são suficientes para uma boa qualidade de vida.

5 CONCLUSÃO

O questionário WHOQOL-Bref, utilizado neste estudo, mostrou-se pertinente. Dentre os achados observou-se que a categoria profissional predominante é a de técnicos de enfermagem, sendo um total de 184 profissionais (65,50%); o turno com o maior número de profissionais participantes foi o do período da manhã com 125 (44,50%) profissionais e o local com maior participação foi a âmbito hospitalar com 254 (90,40%) profissionais de enfermagem.

Os resultados do questionário WHOQOL-BREF, na escala de 0-100, o escore médio foi de 62,32. Este escore define o perfil de qualidade de vida desses profissionais como bom e/ou satisfatório.

Não houve diferenças significativas quando comparado os cargos dos profissionais e local de trabalho com os quatro domínios do WHOQOL-BREF, porém quando analisado o turno de trabalho, verificou que há uma diferença significativa. Desta forma conclui-se que estes profissionais têm uma percepção satisfatória de sua qualidade de vida. Pode-se inferir que estes trabalhadores também estão satisfeitos com o seu trabalho já que a satisfação no trabalho é um elemento fundamental na determinação da qualidade de vida.

Reconhecendo-se as limitações deste estudo e compreendendo que mais estudos relacionados à qualidade de vida utilizando o WHOQOL-BREF devam ser realizados e considerando que os instrumentos existentes para medir qualidade de vida provocam muitas discussões. Algumas recomendações são apresentadas referindo-se aos pontos mais importantes levantados neste estudo sendo estas: desenvolver estudo mais específico para verificar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem e implantar na instituição programas de prevenção e promoção à saúde para estes profissionais.

Referências

- Kawakame PMG, Miyadahira AMK. Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. Rev. da Escola de Enfermagem USP. 2005; 39(2): 164-72.
- Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. Revista Panamericana de Salud Pública. 2006; 19(2): 128-136.
- Bastos AM, Jesus DF, Tonging JF et al. Qualidade de Vida e Cargas de Trabalho do Profissional Enfermeiro. In: Braga JCR, Costa JC. X Salão de Iniciação Científica-PUCRS, 2009. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Porto Alegre: EDIPURCS; 2009; p. 547-9.
- Freitas MEA, Soares SM, Santos, EMR, et al. Promovendo a Qualidade de Vida. Experiência vivenciada com cuidadores de enfermagem de um hospital universitário do município de Belo Horizonte. I Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2002. Universidade Federal do Paraíba; João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2003; p.1-8.
- Martins MM, Petroski EL. Qualidade de Vida e Capacidade para o Trabalho dos Profissionais de Enfermagem no trabalho em turnos. [Dissertação]. Florianópolis: UFSC, 2002.
- Haddad MCL. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Revista Espaço para a Saúde. UEL. 2000; 1(2).Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/artigos_resumos1.htm> Acesso em: 20 agot2010.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004; p.32.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e Saúde: Um Debate Necessário. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5(1): 7-8.
- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos Conceituais e Metodológicos. CAD. Saúde Pública; Rio de Janeiro; Mar-abr.2004; 20(2): 580-588.
- Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas Sobre Qualidade de Vida: Revisão da Produção Científica das Universidades Publicas do Estado de São Paulo. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2003; 11(4): 532-8.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Health promotion glossary. Geneva,1998.
- Fleck MPA. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública. 2000; 34(2): 178-183.
- Organização Nacional de Acreditação ONA [internet] [acesso Jan 2010]. Disponível em: <<http://www.ona.org.br/>>
- Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. Cad. Saúde Pública., v.16, n.2, p.553-555, abr.-jun. 2000.
- Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). Rev Saude Publica. 1999; 33(2):198-205.
- Silva VEF, Massarollo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. O Mundo da Saúde. São Paulo. Set./out.1998; 22(5).
- Lohmann A. Trabalho Noturno - Um Bom Negócio ou uma Ilusão. Uninter.com - A Revista Eletrônica do Grupo Educacional UNINTER. 2008; vol.2; n.37. Disponível em: http://revista.grupouninter.com.br/index.php?edicao_id=46&menu_id=3&id=226 Acessado em: 13/10/2010.

Qualidade e Segurança

P_172_2011 - Análise da oferta e segurança em um serviço de dispensação de medicamentos de alto custo

Julianne Rodrigues de Moraes Rosa, Rafael Moraes Pinto, Carla Gonçalves Schahin Saad, Jozélio Freire de Carvalho, Ana Luisa Calich, Julio Cesar Bertacini de Moraes, Eloisa Bonfá

Resumo: O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, do Ministério da Saúde, tem por objetivo a entrega de medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas, que atingem um número limitado de pacientes, e que apresentam custo elevado. Considerando a escassez de estudos sobre a utilização de medicamentos de alto custo, se faz necessária a realização de investigações que avaliem esse programa. Com este estudo foi possível observar que o serviço analisado apresenta um número crescente de pacientes, assim como de aplicações de medicamentos. Apresenta também um baixo índice de efeitos adversos durante e após a aplicação da medicação.

Palavras chave: produção, segurança, medicamentos excepcionais, imunobiológicos

Introdução

A descoberta do mecanismo das doenças e os avanços tecnológicos promoveram, na mesma proporção, a pesquisa de uma grande quantidade de medicações, como os medicamentos denominados de alto custo, que têm permitido o tratamento e controle de cada vez mais afecções, incluindo as doenças crônicas. (PEREIRA et al., 2010; SCHEINBERG et al., 2010).

Os medicamentos contribuem para incrementar a qualidade de vida da população, sendo, muitas vezes, condição para manutenção da vida. Por isso, a eficácia do gerenciamento do programa de assistência farmacêutica e a organização da atenção à saúde nos serviços representam, hoje, preocupação de todos os gestores do setor, seja pela natureza das práticas de assistência neles desenvolvidas, seja pela totalidade dos recursos por eles absorvidos (ACURCIO et al., 2009; VASCONCELOS, 2009).

Os serviços de saúde de todo o mundo enfrentam o desafio de administrar a saúde da população com escassos recursos. O alto custo dos medicamentos tem sido identificado como uma importante barreira ao acesso e utilização destes produtos, fato que evidencia a relevância de programas como o de Medicamentos de Dispensação Excepcional, garantindo sua disponibilização, por meio dos serviços públicos de saúde (ACURCIO et al., 2009; SCHEINBERG et al., 2010; VIEIRA 2010).

O Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, do Ministério da Saúde, tem por objetivo a entrega de medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas, que atingem um número limitado de pacientes, e que apresentam custo elevado, seja em razão do valor unitário seja em virtude da utilização por período prolongado (BRASIL, 2002).

A avaliação e acompanhamento do tratamento dos usuários dos medicamentos de Dispensação Excepcional, como recomendado em alguns protocolos, devem ocorrer em centros de referência, cujo objetivo é exatamente a prestação de um atendimento especializado. Assim, cada centro de referência terá características próprias, dependendo da sua especialidade. Além de realizar a avaliação clínica e acompanhamento do usuário por médicos especialistas, é possível que nestes locais ocorra a administração do medicamento de forma compartilhada, quando for o caso, otimizando sua utilização (BRASIL, 2004).

Tão importantes quanto a disponibilidade dos recursos financeiros necessários à aquisição desses medicamentos, são a organização e a eficácia do gerenciamento do programa, principalmente nos seus aspectos operacionais e administrativos. Para tanto, as Secretarias Estaduais de Saúde devem buscar a organização da área de Assistência Farmacêutica, de forma a racionalizar e otimizar os recursos existentes. (BRASIL, 2004)

Justificativa

O gerenciamento do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional tem sido motivo de preocupação para gestores, gerentes e profissionais que atuam na área, não apenas pela totalidade dos recursos financeiros envolvidos, como também pela magnitude das ações e serviços. A adoção e execução de ações de saúde relacionadas à medicação de alto custo, nem sempre têm conduzido a resultados efetivos em virtude da possível falta de adequação dos meios e de ferramentas, das dificuldades administrativas e financeiras e da pouca capacidade gerencial e operacional (BRASIL, 2004).

Tendo em vista os crescentes aportes financeiros destinados ao programa e considerando a escassez de estudos sobre a utilização de medicamentos de alto custo, se faz necessária a realização de investigações que avaliem esse programa.

Objetivo

O objetivo deste estudo foi analisar a produção do serviço e a segurança do paciente assistido pelo centro de dispensação de medicamentos de alto custo de um hospital público, de nível terciário da cidade de São Paulo.

Métodos

O presente estudo foi desenvolvido no centro de dispensação de medicamentos de alto custo de um hospital público, de ensino e de grande porte da cidade de São Paulo, nos meses de setembro a dezembro de 2010. Este centro foi criado em agosto de 2007 para assistir, com aplicação de imunobiológicos, pacientes com doenças crônicas auto-imunes atendidos pelo ambulatório de reumatologia do referido hospital.

O serviço foi caracterizado utilizando-se as bases de dados geradas a partir dos registros de atendimento da equipe assistencial. Os dados analisados abrangeram o período de agosto de 2007 a agosto de 2010 e foram disponibilizados em planilhas eletrônicas.

Para a análise da produção do serviço foram verificados o número mensal e anual de pacientes atendidos e o número mensal de pacientes que tiveram o primeiro atendimento no serviço. Um outro aspecto analisado foi o número de consultas de enfermagem e aplicações de medicação realizadas mensalmente e anualmente.

A análise relacionada à segurança do paciente contemplou o número mensal e anual de aplicações de medicação não realizadas. Este dado refere-se a suspensão determinada por alguma contra-indicação identificada pelos profissionais do serviço antes da aplicação. Por fim, examinou-se o número mensal e anual de efeitos adversos durante a administração da medicação.

Resultados

De acordo com as bases de dados analisadas, verificou-se que, no período de setembro de 2009 a agosto de 2010 o serviço prestou assistência a 355 pacientes. A figura 1 apresenta o número de pacientes que tiveram pelo menos um atendimento no mês analisado. O gráfico também aborda o número de pacientes que tiveram o primeiro atendimento no serviço em cada um dos meses analisados.

Observa-se um aumento progressivo no número de pacientes atendidos mensalmente e o número de pacientes novos no serviço tende a permanecer constante durante o período analisado. Este aumento progressivo pode ser justificado por um acompanhamento mais frequente dos pacientes. O acréscimo de pacientes novos mensalmente não provocou uma manutenção do número de pacientes atendidos, e sim um crescimento, demonstrando que o serviço ainda não atingiu sua capacidade operacional máxima.

No período de setembro de 2009 a agosto de 2010 totalizaram-se 4.692 aplicações de medicação. A figura 2 apresenta o número mensal de consultas de enfermagem e de aplicações de medicação realizadas pelo serviço.

Figura 6: Número mensal de pacientes atendidos no serviço - Ago/07 a Ago/2010

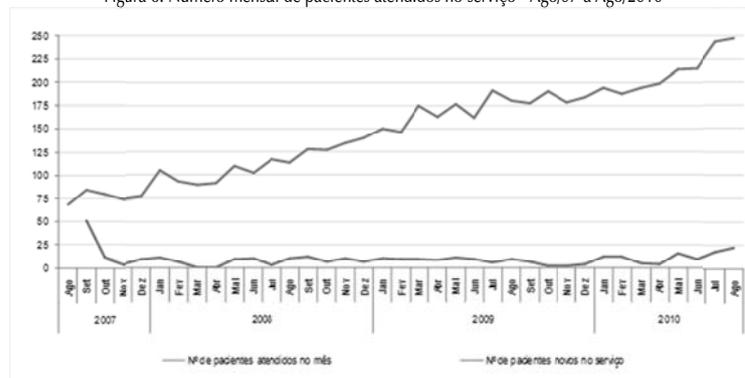
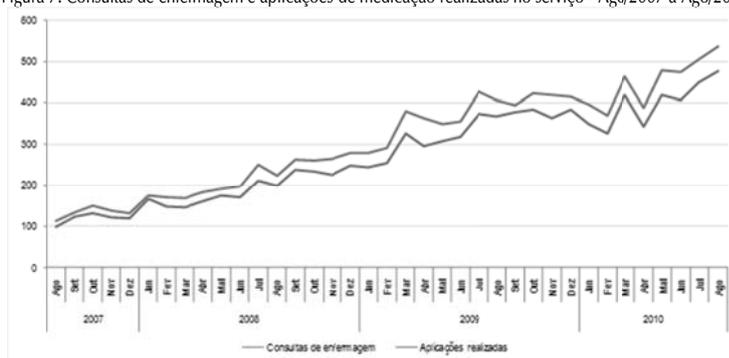


Figura 7: Consultas de enfermagem e aplicações de medicação realizadas no serviço - Ago/2007 a Ago/2010



Nota-se aumento progressivo e semelhante tanto do número de consultas quanto do número de aplicações de medicação. Pode-se observar, também, uma diferença entre os atendimentos de enfermagem realizados e as aplicações de medicação. Isto se deve ao fato de que todos os pacientes, previamente à administração da medicação, realizam consulta com a enfermeira do local. A enfermeira verifica se o paciente está apto ou não a receber a medicação baseando-se em um check-list. A aplicação ainda pode ser suspensa por decisão da equipe médica que assiste o paciente.

Tabela 1: Percentual de aplicação dos medicamentos em relação ao total de aplicações agendadas - Ago/07 a Ago/10

Situação	Nº de aplicações	% do total
Realizadas	10.122	88,7%
Não realizadas	1.290	11,3%
TOTAL	11.412	100%

A avaliação evita que pacientes com alguma contra-indicação recebam a medicação naquela data, minimizando assim a ocorrência de efeitos adversos durante e após a medicação, já que estes podem colocar a saúde do paciente em risco. A tabela 1 apresenta o percentual de não aplicação de medicação após a avaliação da equipe assistencial.

A ocorrência de efeito adverso durante a aplicação da medicação pode ser observada na tabela 2, que demonstrou uma intercorrência a cada 143 aplicações realizadas.

Tabela 2: Porcentagem da presença de efeito adverso em relação aos procedimentos realizados – Ago/07 a Ago/10

Situação	Nº de aplicações	% do total
Sem intercorrência	10.051	99,30%
Com intercorrência	71	0,70%
TOTAL	10.122	100%

Conclusão

Com este estudo foi possível observar que o serviço analisado apresenta um número crescente de pacientes, assim como de aplicações de medicamentos. Isto pode ser explicado pela cronicidade da patologia dos pacientes e pelo fato de que poucos pacientes recebem alta.

Foi visto também uma intervenção pela equipe assistencial no sentido de garantir segurança para o paciente, demonstrado pelo baixo índice de efeitos adversos durante e após a aplicação da medicação.

Referências

- ACURCIO, FA. et al. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de medicamentos de alto custo no SUS. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 263-282, jul./dez. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.318, de 23 de julho de 2002. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 234, seção 1, p. 28467, de 23/07/02.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica: Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006
- PEREIRA JR et al. Análise das demandas judiciais para o fornecimento de medicamentos pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina nos anos de 2003 e 2004. Ciência & Saúde Coletiva, v.15(Supl. 3), p.3551-60, 2010.
- SCHENBERG, M. et al., Análise custo-minimização da terapia anti-TNF no Brasil. Cyber Saúde. 2010. Acessado em 20 jan 2011 http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2919,
- VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel de. Adesão dos profissionais de saúde aos protocolos em assistência farmacêutica - medicamentos excepcionais. 2009.157f. Dissertação (mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009
- VIEIRA, FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. v.27, n.2, p.148-56, 2010.

Qualidade e Segurança

P_173_2011 - Farmacovigilância: 4 Anos de Experiência em um Hospital-Sentinela da Rede Pública Estadual do Ceará

Aloisio Martins Viana Neto, Talita Mara Lima Pimentel, Ana Livia Santiago Macêdo, Helena Carmen Guerra Pinheiro

Resumo: O presente artigo discute a contribuição da farmacovigilância como ferramenta para a promoção do uso racional e seguro de medicamentos em âmbito hospitalar baseando-se na experiência de um hospital sentinela de fortaleza. Ressalta a importância da notificação de reações adversas e queixas técnicas a medicamentos feitas pelo profissional de saúde para evitar a subnotificação e chegar o mais próximo da realidade sobre os eventos adversos que ocorrem no uso de medicamentos.

Palavras-chave: Farmacovigilância; Uso de Medicamentos; Hospital-Sentinela.

INTRODUÇÃO: A Farmacovigilância é a ciência que compreende a detecção, compreensão e prevenção dos efeitos adversos e quaisquer problemas relacionados a medicamentos o que abrange além das reações adversas a medicamentos, as queixas técnicas envolvendo medicamentos. As atividades dos serviços de farmacovigilância correspondem ao recebimento de notificações de efeitos adversos a medicamentos que ocorrem nos usuários desses produtos, análise dessas notificações e formulação de ações com objetivo de prevenir, eliminar ou ao menos, minimizar riscos de danos à saúde dos pacientes e profissionais.

A Política Nacional de medicamentos de 1999, afirmava que as ações de farmacovigilância além de tratar de reações adversas e queixas técnicas, deveriam ser usadas também para assegurar o uso racional de medicamentos e reorientando os processos relacionados com o registro, prescrição, forma de comercialização e dispensação de produtos. Apesar de o Brasil ser um dos países que mais utiliza medicamentos, estando classificado como o 8º maior mercado consumidor no mundo, até 2001 não se tinham informações precisas e atualizadas a respeito da ocorrência de RAMs.

A partir de então, a ANVISA, através da Portaria Técnica n.º 696 implantou o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos (CNMM), para montar um sistema nacional de notificações de suspeitas de RAMs. O CNMM está sediado na Unidade de Farmacovigilância (UFARM), da Gerência Geral de Medicamentos da ANVISA. Com a criação do CNMM o Brasil pode, ser admitido como colaborador do Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos da Organização Mundial de Saúde (OMS), passando a fazer parte de uma rede de informações sobre RAMs.

O Projeto Hospital-Sentinela foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária como iniciativa para obter informações qualificadas sobre o desempenho e a segurança de produtos relacionados à saúde no período de pós-comercialização. Essas informações são utilizadas para a retro alimentação dos processos de revalidação de registros, publicação de alertas, retirada de produtos do mercado e inspeção das empresas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), reação adversa a medicamento é definida bem como qualquer efeito prejudicial ou inesperado que se apresente após a administração das doses normalmente utilizadas para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade. As RAMs são mais comuns do que se espera e nunca se pode garantir que um medicamento seja completamente seguro. A determinação precisa do número de RAMs ocorridas é impossível devido às dificuldades em se avaliar a relação de causalidade e pela baixa proporção de notificações.

A queixa técnica é uma notificação feita pelo profissional de saúde, quando se observa uma alteração nos parâmetros de qualidade exigidos para a comercialização ou aprovação no processo de registro de um produto farmacêutico gerando uma suspeita de desvio de qualidade. As notificações de queixas técnicas geralmente são as mais simples de ser avaliadas, pois quase sempre são perceptíveis a olho nu. São exemplos comuns de queixas técnicas: falta de rótulo, falta de unidades do medicamento em suas embalagens primárias ou secundárias, falta de informações nos rótulos, presença de corpo estranho, dificuldade para reconstituição de medicamentos, alterações de coloração, de viscosidade e de conteúdo.

Porém, há desvios de qualidade de medicamentos que podem ocorrer por falhas de processo, como contaminação por técnica de preparo inadequada, alteração de coloração por mau armazenamento do produto, precipitação por reconstituição do produto com diluente inadequado. Para a detecção de problemas de processos, nenhum questionamento pode ser negligenciado. Consideram-se queixas técnicas graves aquelas que podem causar danos diretos aos pacientes, como presença de corpo estranho, suspeita de contaminação e alterações de coloração.

Queixas técnicas não graves são aquelas que não podem causar danos diretos aos pacientes, como a falta de comprimido em um blíster. Essa diferenciação, durante a investigação, determina se alguma ação imediata deve ser tomada para evitar a ocorrência de reações adversas ou inefetividade terapêutica, como a suspensão do uso do medicamento, através da interdição cautelar, até que seja concluída a investigação. Outra ação a ser tomada pode ser a solicitação de análise do referido medicamento em laboratórios.

OBJETIVO: Pretendeu-se descrever a experiência de um Hospital Sentinela de Fortaleza através nas notificações de reações adversas a medicamentos RAMs e das queixas técnicas QT realizadas.

JUSTIFICATIVA: A relevância desse trabalho consiste no fato dos efeitos adversos a medicamentos serem comuns em pacientes hospitalizados, podendo aumentar o período de hospitalização, elevar os custos com o tratamento e agravar o quadro do paciente ao ponto de trazer danos permanentes ou mesmo de levá-lo a óbito. Por conta disso, a detecção precoce e o diagnóstico de efeitos adversos tornam a farmacovigilância um importante instrumento de saúde pública.

MÉTODOS: Estudo descritivo, retrospectivo, relativo ao período de janeiro de 2007 a janeiro de 2011 dos formulários de suspeitas de RAM e QT. A coleta dos dados foi realizada através da técnica de busca ativa ou notificação espontânea. Quando necessário, complementamos com informações contidas nos prontuários médicos ou relatadas pelos profissionais de saúde. Uma limitação do programa da farmacovigilância é a subnotificação decorrente da forma de coleta de informações, e este é um problema de qualquer sistema de notificação espontânea.

Após a coleta dos dados, foi realizado um perfil das RAMs quanto à idade e gênero do paciente e quanto à classe terapêutica do medicamento, o sistema do organismo afetado e a gravidade da reação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Do total de 155 casos de suspeitas de eventos notificados, 119 foram de RAM e 36 de QT. Dentre as RAMs, detectou-se 58,8% pacientes do gênero feminino e 41,2% do gênero masculino. Com relação ao grupo farmacológico, os antimicrobianos de uso sistêmico tiveram destaque com 56,8% das notificações; os antieméticos 4,3%, os analgésicos tiveram 6,5%; os antineoplásicos e agente imunomoduladores 5,8%; os medicamentos que agem em nível de sistema nervoso central com 8,6%; os anti-reumáticos 7,2%, os anti-inflamatórios, 2,9%; os anti-hipertensivos 0,7% e outros fármacos 7,2%. Referindo-se ao sistema afetado, as reações dermatológicas foram responsáveis por 52,72% dos relatos; envolvendo o sistema nervoso central 13,94%; o digestivo 9,7%; o renal 0,61%; o respiratório 9,7%; o cardiovascular 1,21%; e os outros sistemas 12,12% dos casos. Quanto à classificação de severidade da reação, segundo a OMS (2002): 23,53% foram leves, 60,50% moderadas, 15,13% graves e 0,84% letais.

O estudo demonstra que o gênero feminino é o mais atingido. Os antimicrobianos são os principais responsáveis pelas notificações, atingindo 56,8%. Quanto à severidade das reações, 84,03% são classificadas como leve ou moderada, sendo as dermatológicas as mais citadas com 52,72%. Apesar dos resultados significativos, há

necessidade de elevar o número de notificações, principalmente de reações adversas a medicamentos já que geralmente são colhidas durante a busca ativa e poucas vezes são espontâneas.

CONCLUSÃO :Embora os medicamentos sejam formulados para prevenir, aliviar ou curar enfermidades, eles podem produzir efeitos indesejáveis, maléficos e danosos aos usuários. Essa dualidade é significativa para a Saúde Pública e torna a Farmacovigilância uma atividade indispensável ao uso racional de medicamentos. A efetividade de um sistema de farmacovigilância depende do grau de comprometimento e sensibilização que o serviço consegue obter dos profissionais de saúde quanto aos riscos que os efeitos adversos a medicamentos podem trazer.

Referências

- BISSON, MP. Farmácia clínica & atenção farmacêutica. São Paulo, 2003. p. 43-53.
- COELHO, HL; ARRAES, PSD. & GOMES, AP. Sistema de farmacovigilância do Ceará: um ano de experiência. Cadernos de Saúde Pública, 15(3): 631-640,1999.
- OMS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Segurança dos medicamentos: um guia para detectar reações adversas a medicamentos. Brasília, 2005.
- OMS, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Monitorização da segurança dos medicamentos: diretrizes para a criação e funcionamento de um centro de farmacovigilância. Brasília, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998.
- CAPUCHO, ELAINE CARNEIRO. Farmacovigilância Hospitalar: Processos investigativos em farmacovigilância. Pharmacia Brasileira. Setembro/Outubro, 2008. macia Brasileira - Setembro/Outubro 2008
- BARBOZA, PATRÍCIA CRISEL ; PRIMO, FABIAN TEIXEIRA; PRIMO, LUCIENE SMITHS; PINHO, DÉBORA CRISTINA. Implantação do Serviço de Farmacovigilância no Hospital São Francisco de Paula. Rev. de Saúde da UCPEL, Pelotas, v.1,n.1, Jan/jun. 2007.
- <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/sentinela/apresenta.htm>
- <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/paginacartilha/docs/reacoes.pdf>

Qualidade E Segurança

P_174_2011 - Programa de Capacitação de Profissionais de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Sistema Único de Saúde

Edna Aparecida Bussotti, Kellen Cristensen, Eliseth Ribeiro Leão, Luiz Maria Ramos Filho, Kátia Jarandilha, Teresa Maria Uras Belém

Resumo:Estudo descritivo exploratório que objetivou avaliar os padrões de qualidade existentes em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal de treze hospitais públicos das regiões norte, nordeste e centro-oeste, no que tange os aspectos relacionados à estrutura, processos e recursos humanos, bem como descrever o programa de capacitação de recursos humanos, elaborado a partir do diagnóstico situacional. Os dados evidenciaram desigualdade de recursos entre as várias regiões, possibilitou a elaboração de um programa de capacitação para essas instituições, com vistas a minimização das não conformidades encontradas e melhoria da qualidade assistencial que serão posteriormente re-avaliadas.

Introdução

A Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Brasil é considerada especialidade relativamente jovem, em torno de 50 a 60 anos. Com o avanço técnico, tecnológico e de recursos humanos vivenciados nos últimos 20 anos, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN e UTIP) se depararam com o aumento de internações de crianças cada vez mais graves e, no caso das UTIN, de crianças mais prematuras com necessidades específicas (1,2).

Com o aumento da complexidade vivenciada, seria esperado um preparo das organizações públicas e privadas para o atendimento seguro e de qualidade das crianças admitidas nessas unidades.

Contudo, o crescente número de crianças que necessitam de UTI fez com que muitos serviços, na tentativa de atender tal demanda, crescessem e ainda continuam crescendo, de forma desordenada e sem um planejamento estratégico adequado. Os usuários desse sistema vivenciam a não equidade na distribuição dos leitos, com desigualdades nacionais e regionais, a limitação do acesso ao atendimento, prejudicando frequentemente a parcela mais carente da população, além da qualidade contrastante dos serviços, onde muitas instalações são totalmente estruturadas e outras não contemplam o mínimo necessário de estrutura e recursos humanos para suas atividades (1).

Para o bom funcionamento das UTIN e UTP, portarias e normatizações foram desenvolvidas contemplando os requisitos necessários para atender com segurança e qualidade as crianças admitidas nessas unidades.

A qualidade assistencial e a segurança do paciente são, indiscutivelmente, temas que não só despertam a atenção do cidadão em geral, mas constituem focos de árduo trabalho, tanto para os gestores públicos e privados, como para as fontes pagadoras, para os profissionais da área da saúde, além de configurar objeto de pesquisa para a comunidade científica.

Há aproximadamente dez anos, a palavra segurança não era comumente utilizada pelos provedores de saúde. Hoje, reconhece-se que as organizações de saúde não apenas curam doenças e aliviam a dor, mas também podem causar dano e sofrimento. A prestação de serviços na área da saúde depende intensivamente de complexas interações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e instalações, característica essa que eleva a chance de algo sair errado (3).

Sabe-se que nesse contexto da discussão sobre segurança do paciente, a qualidade assistencial é um aspecto fundamental e inter-relacionado.

A qualidade do cuidado em saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como “o grau em que os serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. A segurança é uma importante dimensão da qualidade que se refere ao direito das pessoas de terem o “risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável”(4).

Avaliar a qualidade do cuidado tem se tornado parte do cotidiano organizacional dos provedores, reguladores e consumidores do cuidado de saúde. Indicadores de desempenho (resultados) são designados para a mensuração deste produto e podem refletir a excelência ou a lacuna em práticas seguras e de qualidade. Todavia, sabe-se que as diferenças sociais e de recursos humanos e financeiros são mais gritantes em regiões mais distantes do eixo sul-sudeste do país, razão pela qual, esforços públicos e privados necessitam ser endereçados a esta questão e que constituem o cerne deste trabalho.

Objetivos

Este estudo tem como objetivos:

Avaliar padrões de qualidade existentes em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal de hospitais públicos das regiões norte, nordeste e centro-oeste, no que tange os aspectos relacionados à estrutura, processos e recursos humanos;

Descrever a estrutura do programa de capacitação de recursos humanos, elaborado a partir do diagnóstico situacional.

Justificativa

É pouco provável que uma instituição de saúde que não prime pela qualidade assistencial ou que não tenha o foco em melhoria contínua, forneça um ambiente seguro para seus colaboradores e/ou consumidores. Todavia, a cultura da qualidade não está bem desenvolvida em parcela significativa de instituições de saúde no país, quer por desconhecimento, quer por falta de qualificação dos recursos humanos envolvidos, dentre outros aspectos.

Nesse contexto é que emergiu o “Programa de Intercâmbio Institucional Hospitais de Excelência e Hospitais Tutelados para o Desenvolvimento de Competências Técnicas na Área Assistencial a Pacientes Críticos” desenvolvido por um hospital privado, filantrópico, de médio porte, da cidade de São Paulo, vinculado ao Ministério da Saúde (MS) no Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (Proadi/SUS) (5), como um projeto da área de Responsabilidade Social.

O Proadi/SUS é caracterizado pelo estabelecimento de um vínculo formal entre seis hospitais privados de notório reconhecimento nacional e internacional e o Ministério da Saúde, feito mediante assinatura de termos de ajustes, de forma que venham a refletir diretamente na melhoria do Sistema Único de Saúde, por meio da gestão, pesquisa, capacitação e tecnologia em benefício da população brasileira.

O referido programa de intercâmbio institucional tem como finalidades:

A qualificação técnica, tecnológica e de gestão de Unidades de Tratamento Intensivo Pediátricas e Neonatais credenciadas ao atendimento de pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde;

A definição e implementação de interfaces de relação entre as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica (UTIN e UTIP) e as demais áreas de atenção do ambiente intra-hospitalar; e

A inserção das UTIN e UTIP junto às redes de atenção a pacientes críticos e potencialmente críticos, em especial, ao ambiente extra-hospitalar.

O projeto teve início em Novembro de 2008 e tem seu término previsto para Novembro de 2011, de maneira a atender as 13 instituições participantes selecionadas pelo Ministério da Saúde, distribuídas da seguinte forma: 02 instituições em Belém (PA), 2 em São Luis (MA), 01 em Natal (RN), 01 Maceió (AL), 02 em Goiânia (GO), 01 em Teresina (PI), 01 em Macapá (AP), 01 em Porto Velho (RO), 01 em Boa Vista (RR) e 01 em Palmas (TO).

O Projeto é constituído por três fases: Avaliação diagnóstica, Capacitação e Re-avaliação.

A 1ª fase foi desenvolvida por profissionais da área médica, em 2009, na qual foi realizado um extenso diagnóstico local, contemplando fluxos operacionais e assistenciais, capacitação das equipes técnicas, infra-estrutura de equipamentos e área física, entre outros, cujos resultados foram divulgados em uma Oficina de Gestores (locais, municipais e estaduais), realizada em Brasília (DF) em dezembro 2010.

A segunda fase correspondente à capacitação dos profissionais das instituições, tendo como base o diagnóstico realizado foi implementada a partir de setembro de 2010 e encontra-se em desenvolvimento.

A terceira e última fase, de re-avaliação, não constitui objeto do presente estudo, tendo em vista que será desenvolvida 03 meses após o término da capacitação em cada instituição (o que deverá ocorrer a partir de fevereiro/2011).

Embora se trate de um programa em desenvolvimento alguns resultados integrais (da 1ª fase) e parciais (da 2ª fase) já podem ser compartilhados.

O desenvolvimento deste programa desponta como uma forma de otimização de recursos e compartilhamento do saber na área da saúde que reflitam no aprimoramento dos processos assistenciais e de gestão, com foco na qualificação dos serviços prestados nas Unidades de Tratamento Intensivo dos hospitais participantes. Trata-se de uma experiência inovadora e incipiente em nosso meio, o que motivou a realização do presente estudo, com vistas a contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de realização e de implementação de programas semelhantes pelo país.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório realizado em treze hospitais da rede pública das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste do Brasil.

A primeira fase denominada diagnóstica foi realizada por profissionais da área médica do hospital de excelência, sendo finalizada no segundo semestre de 2009.

Foi desenvolvido um instrumento de avaliação tendo como base a portaria nº 3432, de 12 de Agosto de 1998 (6), que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo, com critérios definidos. Os itens avaliados foram classificados em “Atende”, “Atende Parcialmente” e “Não Atende”, pelos profissionais médicos que visitaram as instituições beneficiárias do programa. Ao final os pontos foram somados e foi definida a porcentagem de conformidade para cada item avaliado. Os critérios de avaliação foram dez, a saber:

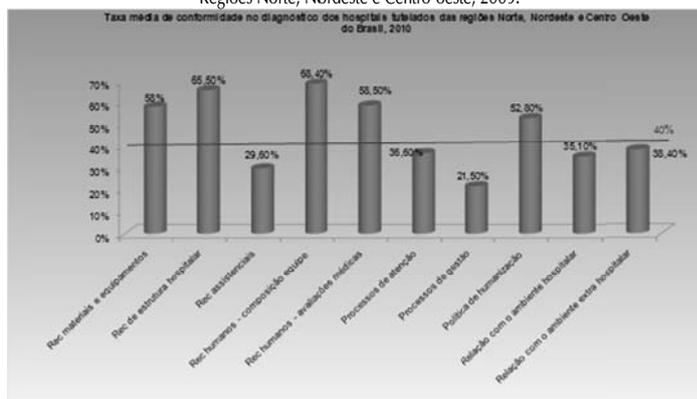
- Recursos materiais e equipamentos – recursos tecnológicos adequados para a unidade.
- Recursos de estrutura hospitalar – estrutura física mínima e instalações.
- Recursos assistenciais – serviços especializados para atender minimamente a UTI (serviços de diagnóstico e agência transfusional).
- Recursos humanos composição mínima da equipe – dimensionamento mínimo da equipe profissional da UTI e suas respectivas especializações.
- Recursos humanos avaliações médicas - realizadas por médicos especialistas.
- Processos de atenção – protocolos estabelecidos, integração dos serviços hospitalares, reunião multiprofissional, educação permanente, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Tracer (auditoria de prontuário), cursos de emergência (Reanimação Neonatal e Pediatric Advance Life Support - PALS)
- Processos de gestão – reavaliações periódicas de protocolos, normas e rotinas, atribuição de cada profissional, indicadores assistenciais (escores prognósticos, grau de dependência, absenteísmo, turnover, taxa de ocupação, despesas, resultados, satisfação do usuário, relatórios multiprofissionais) e relatórios de gestão.
- Política de humanização - controle do ambiente (luz, ruído, luz natural, temperatura), pais na UTI, visitas, método Canguru, grupo de trabalho para humanização em UTIN.
- Relação com o ambiente hospitalar – interface com unidades de atenção a gestante, neonato e criança criticamente enferma (Centro Cirúrgico, Unidade Neonatal, Alojamento Conjunto), critérios de internação e alta bem estabelecidos (médicos e diretoria cientes), resultados técnicos e operacionais compartilhados com a diretoria da instituição,
- Relação com o ambiente extra hospitalar – interface com unidades de atenção extra hospitalar a gestante, neonato e criança gravemente enferma (outros hospitais, centrais de regulação de leitos, SAMU), os resultados técnicos e operacionais são debatidos periodicamente com os gestores do SUS, critérios de internação e alta são discutidos com os gestores do SUS.

A 2ª fase foi iniciada em setembro de 2010 e tem seu término previsto para agosto de 2011, que constitui o Programa de Capacitação. Este Programa foi elaborado pela equipe técnica (duas enfermeiras de responsabilidade social e duas médicas) que atua na área de responsabilidade social do Hospital de Excelência, a partir dos diagnósticos identificados, supervisionado pela Coordenação de Ciência, Educação e Cultura da mesma área. O referencial adotado baseou-se na pedagogia das competências e no construtivismo, pautado ainda nas proposições do relatório da Comissão Internacional da Organização das Nações Unidas para a UNESCO, conhecido como relatório Jacques Delors, que apresenta como pilares do conhecimento o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (7).

Resultados

Quanto ao diagnóstico realizado pode-se observar que no gráfico 1 estão representados os 10 critérios de avaliação com as taxas médias de conformidade das 13 instituições. Foi determinada uma taxa mínima de 40% de conformidade a fim de visualizar a realidade disposta em cada critério para estabelecer prioridades de atenção e subsidiar a elaboração do programa de capacitação de recursos humanos.

Gráfico 1 – Distribuição da média de conformidade dos 13 hospitais avaliados. Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, 2009.



Constatou-se que cinco critérios de avaliação estão abaixo de 40% de conformidade: recursos assistenciais, processos de gestão, processos de atenção, relação com o ambiente hospitalar e relação com o ambiente extra-hospitalar.

Os recursos assistenciais referem-se aos serviços de apoio e diagnóstico para atender minimamente as necessidades das UTI. A maioria dos hospitais eram providos de Raio-X, entretanto, não dispunham de ultrassonografia e ecocardiografia à beira do leito, cuja necessidade está prevista na portaria 3432 de 12 de Agosto de 1998 (6). A maioria dos serviços de apoio e diagnóstico é terceirizada e muitas vezes não há atendimento emergencial, apenas com agendamento, como por exemplo, para procedimentos de tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética, endoscopia, serviço de hemodinâmica, entre outros. Em todos os serviços foi evidenciada a presença de agência transfusional nas 24 horas.

Os resultados de processos de gestão e atenção refletem a necessidade das instituições em dispor de normas, rotinas, protocolos e indicadores assistenciais e administrativos formalizados que possam subsidiar suas atividades e justificar suas necessidades.

A relação com o ambiente hospitalar pode ser compreendida como parte do processo de gestão hospitalar, uma vez que a interface com as unidades intra-hospitalares deve permear toda equipe profissional, com normas, rotinas e indicadores bem estabelecidos e divulgados.

A relação com o ambiente extra-hospitalar, não depende apenas do gestor hospitalar, mas da política de atenção básica à saúde para a população em discussão, assim como da estrutura oferecida para esse atendimento. Foi possível observar que o grande impacto nesse critério é o escasso número de leitos para UTIN e UTIP. Além disso, a regulação de leitos não é efetiva em 100% das instituições e o transporte (ambulância) é inadequado para neonatos, crianças graves e gestantes. Em uma das instituições (Natal), foi evidenciado um transporte específico para recém nascidos denominado SAMU Neonatal o qual, no entanto, ainda é subutilizado.

Pesquisa da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) apresenta o cenário das UTI do país, incluindo UTI Adulto (UTIA) que corrobora o diagnóstico situacional deste estudo. De maneira geral, confirma a distribuição desigual do número de leitos de UTI, com maior concentração nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste. Em números, a distribuição se dá da seguinte forma: é necessário que se estime de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes, entretanto, na região Sul há 1,6 leitos para 10.000 habitantes, na região Sudeste há 1,7 leitos, na região Centro Oeste há 1,4 leitos e nas regiões Nordeste e Norte há 0,8 leitos para cada 10.000 habitantes (8).

Outro aspecto evidenciado no diagnóstico foi a variação dos índices de cada critério avaliado nas 13 instituições. Alguns critérios apresentaram grandes variações, mesmo aqueles com conformidade superior a 40%. Observou-se que nos recursos humanos, tanto em relação à composição mínima da equipe, quanto nas avaliações de especialistas médicos, o índice de conformidade variou de 10 a 100%. Tal variação reflete a desigualdade da distribuição de mão de obra especializada para essas regiões, o que reforça a necessidade de desenvolvimento de programas de capacitação específicos para esses profissionais.

Na tentativa de contribuir com o quantitativo e qualitativo de profissionais especializados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, em novembro de 2010 foram implantados 60 novos programas de residência médica em especialidades prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS) (9). Todavia, ainda são poucas as iniciativas como essa para as demais categorias profissionais.

No critério recursos materiais e equipamentos observa-se uma média de conformidade de 58%, contudo, a variação entre os índices foi de 21,7 a 92%. Tal fato evidencia o crescimento das UTI sem a adequada estrutura física e recursos tecnológicos necessários para o mínimo funcionamento, como previsto em lei.

Outra variação importante nos resultados foi observada na política de humanização com índices variando entre 9,1 a 90% de conformidade. Atualmente, sobretudo em UTIN e UTIP, é impossível discutir a assistência sem a inclusão da família. Dentro das UTI a família deve ser participante de todo o processo terapêutico, principalmente em UTIN, onde o período de permanência de um prematuro, muitas vezes, é prolongado e os pais podem ser requisitados para permanecer na unidade em função do método Canguru (nas 03 fases), que contribui positivamente na evolução clínica no neonato. Diversos estudos investigam e apontam para a importância da permanência da família na UTI. Além disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente garante que crianças de 0 a 18 anos de idade tenham um acompanhante durante sua internação, independente da unidade (10,11,12).

Em relação ao segundo objetivo deste estudo que trata da descrição do programa de capacitação, o mesmo foi elaborado pela equipe técnica do projeto constituído em duas etapas: Treinamento on the job (realizado na instituição beneficiária) e visita monitorada com aulas presenciais (no Hospital de Excelência em São Paulo), com carga horária total de 42h.

O treinamento on the job, com carga horária de 12h, é realizado pelas duas enfermeiras de responsabilidade social à beira do leito e mediante reuniões com as equipes multiprofissionais englobando os seguintes assuntos: avaliação de dor em neonatologia e pediatria (teoria e prática), aspectos da humanização em UTI (conforto do neonato, diminuição dos estressores ambientais, presença dos pais na UTI), tipos de curativos utilizados na cobertura de acessos venosos periféricos e centrais, diminuição do estoque de medicamentos nas UTI (diminuir o risco de problemas relacionados a medicamentos), checagem diária de planilhas consideradas fundamentais para a segurança do atendimento (carro de emergência, temperatura de geladeira, controle de materiais fixos do setor, controle de materiais encaminhados e retirados de Central de Materiais Esterilizados, entre outros), avaliação dos registros de enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem e boas práticas assistenciais em geral. Vale ressaltar que o treinamento on the job varia em abordagem, de acordo com a realidade de cada instituição.

Em relação à etapa do programa que é desenvolvida em São Paulo, o enfoque recai sobre o Controle de Infecção Hospitalar, Farmácia Hospitalar, Engenharia Clínica e Indicadores Assistenciais e de Gestão. A carga horária de 30h é distribuída em visitas monitoradas, palestras e fóruns de discussão e envolvem profissionais de 26 áreas da instituição (assistencial, apoio e gestão). A cada ciclo de capacitação, a instituição recebe em média quatro profissionais de duas instituições (normalmente um médico e um enfermeiro de cada unidade beneficiária) que atuam em UTIP ou UTIN. É fornecido também para cada instituição um DVD com as aulas deste programa para que possa ser compartilhado na educação permanente das instituições participantes.

O programa prevê ainda, os treinamentos de urgência e emergência, para os profissionais da pediatria e neonatologia, em PALS (Pediatric Advanced Life Support) e em Reanimação Neonatal, respectivamente.

Todo o programa é oferecido sem qualquer tipo de ônus financeiro às instituições participantes, por estar incluído no Proadis/SUS(5).

Conclusões

A metodologia adotada para a realização do diagnóstico das 13 instituições forneceu dados suficientes para o conhecimento da estrutura, recursos humanos e processos de cada uma. A diversidade de recursos entre as várias regiões, bem como a grande variação dos índices de conformidade nos critérios avaliados, tornaram-se um desafio para o planejamento da capacitação dos profissionais.

Foi possível organizar um programa de capacitação para os profissionais, tendo como base o diagnóstico inicial. O treinamento on the Job é realizado, considerando também as necessidades vivenciadas durante a capacitação à beira do leito e as manifestações da equipe multiprofissional, que orientam os ajustes necessários, de forma dinâmica. As temáticas desenvolvidas no Hospital de Excelência em São Paulo são previamente estabelecidas em cronograma, entretanto, a abordagem realizada também varia de acordo com a realidade de cada instituição beneficiária.

Referências

1. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(6):437-8.
2. Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(6):453-60.
3. Quintino Neto A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. *RAS*. 2008; 10(41): 140-6.
4. World Health Organization (WHO). Patient Safety. More than words. Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (ICPS) version 1.1. Fianal Technical Report Jan 2009
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12/08/1998 Estabelece Critérios de Classificação de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). D.O.U. – Diário Oficial da União nº 154; Poder Executivo, 13/08/1998. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria-3432.htm> Acesso: 10/01/2011
7. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1998.
8. Associação de medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Censo AMIB, 2008. Disponível em <http://www.amib.org.br> Acessado em 27/01/2011.
9. Ministério da Educação. D.O.U. – Diário Oficial da União 29/11/2010. Programas de residência médica beneficiarão regiões carentes. Disponível em <http://portal.mec.gov.br> Acessado em 26 Janeiro de 2011.
10. Ferreira JCOA, Sakita NK, Cecon MEJR. Experiência de grupo de pais em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Pediatria (São Paulo)* 2009;31(1):20-5.
11. Molina RCM, Varela PRL, Castilho AC, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery Enferm* 2007 set; 11(3):437-44.
12. Estatuto da Criança e do Adolescente. Capítulo I - Do direito à vida e à saúde. Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.

Indicadores Assistenciais

P_175_2011 - Análise dos Indicadores de Enfermagem de Extubação Acidental da UTI Adulto de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo

Lilian Lestingi Labbadia, Jane Cristina Dias Alves, Luciana De Oliveira Matias, Marcia Cardoso Romano, Amanda Da Silva Crivaro, Karina Junco Nakagawa, Valéria Alves Reis, Maria Isabel Sampaio Carmagnani

Resumo: A prevenção adequada da extubação não planejada pode reduzir a incidência de mortalidade e danos ao paciente, melhorando a segurança e qualidade do atendimento, otimizando os recursos utilizados. O objetivo deste trabalho é de apresentar a análise do indicador mensurado pela enfermagem de extubação não planejada na UTI Adulto de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo no período de janeiro a dezembro de 2010. O indicador de extubação acidental foi de 0,4 e a agitação do paciente o motivo mais freqüente deste evento.

INTRODUÇÃO

Os indicadores são instrumentos que possibilitam definir parâmetros que serão utilizados para realizar comparações e agregar juízo de valor frente ao encontrado e ao ideal estabelecido. A Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário em questão vem implantando novos métodos e moderna tecnologia para a criação e implantação de indicadores da assistência de enfermagem como forma de gerenciar o cuidado prestado nesta instituição.

Dentre os indicadores que este sistema analisa, podemos ressaltar o padrão de manutenção de um dispositivo de relevante importância para a terapêutica de pacientes gravemente enfermos, representado pelo dispositivo ventilatório invasivo como medida terapêutica aos pacientes em insuficiência respiratória ou por estarem em recuperação de procedimento cirúrgico a fim de manterem oxigenação e ventilação adequadas, até que sua autonomia ventilatória se reestabeleça. Para manutenção desta ventilação artificial adequada são necessários, além de equipamentos apropriados, cuidados prestados pela equipe multiprofissional, que por outro lado não está isenta de riscos. Uma das situações que podem acometer estes pacientes é a perda do dispositivo ventilatório invasivo de maneira inesperada 1 .

A extubação acidental ou não planejada é a retirada inadvertida e não intencional do dispositivo ventilatório e caracterizada como um evento adverso do cuidado. Quando esta ocorre, ocasiona aumento da morbidade e mortalidade devido à necessidade de reintubação, gerando aumento do tempo de ventilação mecânica, aumento dos riscos de hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada à ventilação mecânica, lesão em traquéia, instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e às vezes até a morte².

Os fatores mais citados na literatura para a extubação não planejada são a contenção física, o nível de sedação e atividade e o status mental do paciente no período da extubação.^{3,4}

O cuidado de enfermagem deve gerar segurança ao paciente e, sua família, deve sentir confiança na equipe multiprofissional, que precisa ser efetiva para contribuir com a evolução do paciente, prevenindo as possíveis complicações, reduzindo o tempo de estada na Unidade de Terapia Intensiva e com isso o custo pessoal e familiar de uma internação.⁵

Os enfermeiros, assim como os demais gestores que atuam na área da saúde, têm a responsabilidade de gerenciar seu serviço ou unidade, demonstrando os resultados obtidos por meio de indicadores. ⁶

JUSTIFICATIVA

A prevenção adequada da extubação não planejada pode reduzir a incidência de mortalidade e danos ao paciente, melhorando a segurança e qualidade do atendimento, otimizando os recursos utilizados.

OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo apresentar a análise do indicador mensurado pela enfermagem de extubação não planejada na UTI Adulto de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo.

MÉTODO

Os dados relacionados aos eventos adversos foram obtidos por meio do Sistema Informatizado de Indicadores de Enfermagem no período de janeiro a dezembro de 2010.

A consulta aos relatórios do sistema foi dividida em dois períodos: 1/1 a 30/6/2010 e 1/7 a 31/12/2010. Esta divisão justifica-se pelas intervenções realizadas pelas equipes de enfermagem e médica após análise dos dados do primeiro período.

RESULTADOS

No período de janeiro a junho de 2010 estiveram internados nesta unidade 1.213 pacientes intubados – dia, com ocorrência de 5 extubações não planejadas. Em relação ao segundo período, ocorreram 7 extubações não planejadas em 1.694 pacientes intubados – dia.

Os eventos adversos relacionados à extubação acidental bem como os motivos deste evento adverso estão apresentados nos gráficos que se seguem:

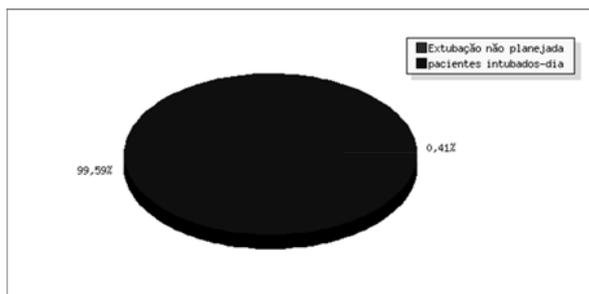


Figura 1 – Tela do SIIE-HSP: Extubação não planejada em pacientes internados na UTI Geral de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo no período de janeiro a junho de 2010.

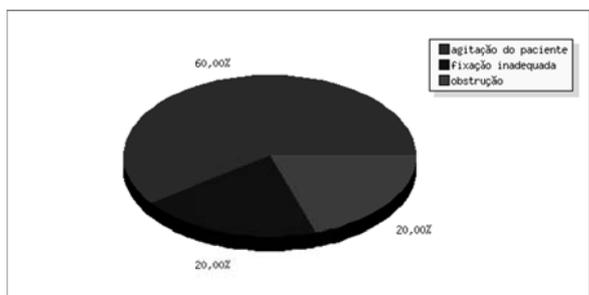


Figura 2 – Tela do SIIE-HSP: Motivos da Extubação não planejada em pacientes internados na UTI Geral de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo no período de janeiro a junho de 2010.

Das 5 extubações não planejadas que ocorreram no 1º semestre de 2010, os motivos identificados foram: agitação do paciente 3 (60%); fixação inadequada 1 (20%) e obstrução 1(20%).

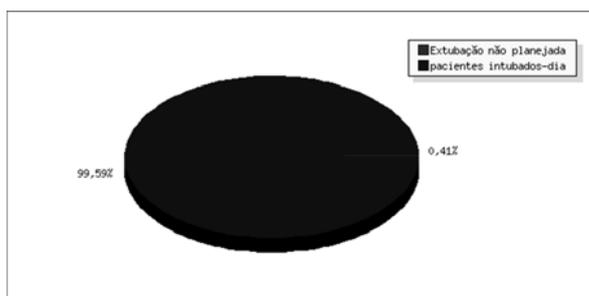


Figura 3 – Tela do SIIE-HSP: Extubação não planejada em pacientes internados na UTI Geral de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo no período de julho a dezembro de 2010.

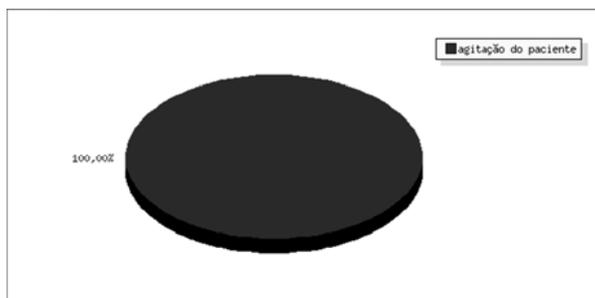


Figura 4 – Tela do SIIE-HSP: Motivos da Extubação não planejada em pacientes internados na UTI Geral de um Hospital Universitário da Cidade de São Paulo no período de julho a dezembro de 2010.

No 2º semestre de 2010, as 7 (100%) extubações não planejadas ocorreram devido à agitação do paciente.

Realizando o cálculo do indicador de extubação acidental seguindo o referencial do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar subgrupo do Programa de Qualidade Hospitalar (NAGEH / CQH), o valor obtido pela UTI em questão é de 0,4. O valor apresentado pelos hospitais que fazem parte do referido programa no ano de 2010 foi de 0,6.

Observou-se que em relação à mediana dos hospitais participantes do NAGEH em 2010, a UTI do hospital universitário está abaixo do valor demonstrado no relatório trimestral.

A análise da série histórica da unidade demonstra que houve um aumento do número de extubações acidentais no 2º semestre de 2010, sendo que os motivos do evento modificaram após a intervenção da equipe de enfermagem em relação à forma de fixação da cânula e avaliação da periodicidade da aspiração. A equipe médica está em processo de avaliação do seu protocolo de sedação, da rotina de interrupção dos sedativos para o despertar diário dos pacientes submetidos a dispositivo ventilatório invasivo, e de programação para retirada da cânula endotraqueal.

CONCLUSÕES

Este trabalho subsidiou as enfermeiras desta unidade a analisar as causas dos eventos adversos de um dos indicadores da assistência e também realizar intervenções tendo em vista a melhoria contínua na assistência prestada aos pacientes.

A análise sistemática dos indicadores pela equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas) e a disseminação da cultura da melhoria contínua das práticas do cuidado passam a fazer parte da estratégia da gestão desta unidade que é tão dinâmica e complexa.

Referências

- Moreira, RM, Padilha, KG. Ocorrências de Iatrogenias com pacientes submetidos à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, 14(2): 9-18, 2001.
- YakoY. Manual de procedimentos invasivos realizados no CTI - Atuação das Enfermeiras. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
- Richmond AL, Jarog DL, Hanson VM. Unplanned extubation in adult critical care. *Quality improvement and education payoff. Crit Care Nurse*; 24(1): 32-7, 2004.
- Bouza C, Garcia E, Diaz M, Segovia E, Rodriguez I. Unplanned extubation in orally intubated medical patients in the intensive care unit: a prospective cohort study. *Heart Lung*; 36(4): 270-6, 2007.
- Castelloes, T M F W, Silva, L D. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. *Rev. bras. enferm.*; 62(4): 540-545, 2009.
- Bohomol E. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem In: Innocenzo M organizadora. *Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo. Martinari, 2010.

Qualidade e Segurança

P_176_2011 - Mapeamento e reestruturação dos processos do setor de internação em um hospital público

Mariana Wiesel dos Santos, Renata Paccagnella de Picoli, Ana Julia Alves de Faria, Rafael Moraes Pinto, Karla Ryuko Abe Costa, Elizabeth de Faria

Resumo: O conceito de gestão da qualidade incentiva as organizações quanto à análise de seus processos para a identificação de pequenos pontos de melhoria possíveis. A revisão constante dos processos de trabalho permite eliminar atividades que não agregam valor e melhorar as que agregam. O objetivo deste trabalho foi mapear os processos do setor de internação de um de um hospital público do município de São Paulo. Com esta análise foi possível propor uma reestruturação da rotina de trabalho e eliminar atividades desnecessárias, resultando em maior agilidade nas atividades desenvolvidas por este setor.

Palavras-chave: processos, gestão de processos, mapeamento de processos

Introdução

No início do século passado, estudos de Taylor, junto com o movimento da administração científica, introduziram os conceitos de eficiência, especialização e medição do processo nas corporações. Embora a gestão de processos não seja novidade para a maior parte das organizações, ocorreram mudanças significativas ao longo do tempo na forma como ela é realizada (NETTO, 2008).

Segundo Hammer (2007), empresas de vários portes têm alcançado grandes progressos em custo, qualidade, velocidade, rentabilidade e outras áreas vitais ao concentrar esforços em medir e reestruturar processos internos e de interação com o cliente.

O fundamental na gestão de processo é a coordenação das atividades realizadas na organização, principalmente daquelas executadas por equipes e unidades diversas (GONÇALVES, 2000B).

Motivadas pelo conceito da gestão da qualidade total, as organizações se concentraram na análise crítica de seus processos, produtos e serviços para a identificação de pequenos pontos de melhoria possíveis (NETTO, 2008).

Para esta análise, Rother e Shook (2003) consideram o mapeamento do fluxo de valor como importante ferramenta, citando os seguintes benefícios de sua utilização: ajuda a visualizar o fluxo produtivo globalmente, para além dos processos individuais; auxilia na identificação dos desperdícios e das suas fontes; torna visível a decisão sobre o processo e explicita a relação entre o fluxo de informação e o fluxo de material.

De acordo com Krajewski (2009), os processos devem passar por uma melhor análise para que sejam aprimorados, a fim de alcançar as metas da estratégia da organização. Com o mapeamento do processo é possível eliminar atividades que não agregam valor, melhorando, ao mesmo tempo, as que agregam.

Justificativa

Buscando aprimorar-se, o setor responsável pelo Gerenciamento Interno de Leitos e da Agenda Cirúrgica (GILAC) propôs a revisão e análise dos seus fluxos e processos, referentes às atribuições dos seus colaboradores, bem como as interações com os diversos setores do hospital.

Foi observado que o setor de internação (SI) concentrava importantes funções no processo de convocação do paciente, sendo este setor a interface do GILAC com o paciente.

Na análise deste processo, foram verificados alguns entraves: demora na convocação do paciente, resultando, em razão do cancelamento de procedimentos eletivos, morosidade na substituição por outro paciente; grande quantidade de orientações passadas ao paciente durante o processo de convocação para cirurgia. Diante desses levantamentos, identificou-se como oportunidade de melhoria a revisão dos fluxos do setor de internação.

Objetivo

Analisar os processos em que o setor de internação está envolvido e verificar sua forma de execução, a fim de promover uma reestruturação da rotina de trabalho dos colaboradores e propor melhorias quando necessários.

Método

O estudo foi realizado no setor de internação de um hospital público de nível terciário, administrado por uma Organização Social de Saúde (OSS). O hospital é especializado no tratamento de pacientes com câncer e está localizado no município de São Paulo.

Para análise dos processos e da rotina de trabalho foi acompanhada a execução das atividades do setor de internação, bem como a rotina dos colaboradores, atentando-se a disponibilidade de colaboradores em cada horário.

Para a implantação de melhorias foi realizado o desenho dos processos como realmente eram executados, contendo seus erros e acertos, trazendo flexibilidade na tomada de decisão quanto à solução a ser implantada. Assim, demonstrando como o setor funciona (as is) e como deveria funcionar (to be).

Resultados e Discussão

Analisando a rotina de trabalho do setor de internação foi possível inferir algumas oportunidades de melhoria, já que as atividades eram realizadas sem definição clara das atribuições dos colaboradores e sem uma ordem pré-definida, podendo resultar em demora e esquecimento de tarefas importantes.

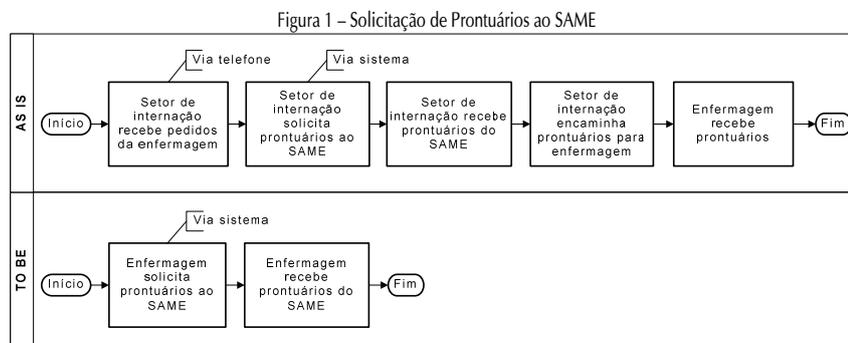
Foi visto que as atividades do setor são realizadas em um espaço comum e aberto à visualização dos clientes. Segundo relato dos colaboradores há dificuldade de concentração para a execução de algumas atividades, além de haver reclamações dos pacientes em relação a tarefas como ligações para informar sobre a data de internação.

Destarte, foi proposto que o ambiente fosse adaptado de acordo com a atividade desenvolvida, separando as atividades de conferência e que necessitam do uso do telefone em uma sala fechada ao lado da recepção da internação.

A nova rotina de trabalho define uma ordem para as tarefas diárias em horários definidos e especifica o colaborador responsável para cada uma delas, ficando as atividades destes divididas e ordenadas por prioridade e disponibilidade de colaboradores em cada horário. No entanto, foi definido rodízio entre os colaboradores para que todos saibam realizar todas as atividades do setor. Segundo Chiavenato, cargos simples e repetitivos tornam-se monótonos e chatos, podendo provocar desinteresse e perda do significado do trabalho para o colaborador (2010).

Detalhando alguns processos foi constatada a presença de atividades que poderiam ser eliminadas, diminuindo a sobrecarga sobre os colaboradores do setor, já que a quantidade de atividades será menor.

Abaixo as figuras explicitam as modificações implantadas nos fluxos de dois processos. A Figura 1 demonstra que a solicitação de prontuários ao Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas (SAME) pode ser realizada diretamente pela equipe de enfermagem por meio do sistema de informação utilizado pelo hospital, subtraindo esta atividade do setor de internação e tornando a ação mais eficiente.



O processo de convocação e preparo da documentação deve ser realizado com muita atenção, pois a documentação é fundamental para a execução da cirurgia. Nesta consta desde os dados básicos do paciente até o material necessário para a realização da cirurgia, por isso a necessidade de checar as informações presentes. A guarda de uma cópia em cada setor serve como respaldo na ocorrência de intercorrências.

Na Figura 2 está a mudança realizada no processo de convocação e preparo da documentação para a internação. A proposta sugere que a lista de checagem (Check List) da documentação já utilizada pelo GILAC seja enviada com uma cópia, apenas para conferência do setor de internação. Esta cópia ficará com o setor, que encaminhará a outra cópia para a equipe de enfermagem. Elimina-se, assim, uma etapa do processo, otimizando o tempo para preparo desta documentação.

É importante ressaltar que o novo fluxo foi validado com a equipe do setor, que conhece e executa as atividades, pois esta deve visualizar a necessidade de mudanças positivas e entendê-las para propor melhorias que possibilitem ganhos. Portanto, todas estas propostas foram apresentadas e discutidas com um representante dos colaboradores e seu supervisor.

Conclusão

O mapeamento dos processos do setor de internação possibilitou o diagnóstico de etapas que puderam ser modificadas ou eliminadas, o que resultou em maior agilidade de execução das internações.

É notável a importância em rever constantemente os processos de trabalho a fim de melhorar cada etapa deste. Inclusive, para definir e organizar a rotina de um setor, pois o detalhamento de cada processo contribui para a visão do todo, indicando as atividades preferenciais e que devem estar anterior a outras.

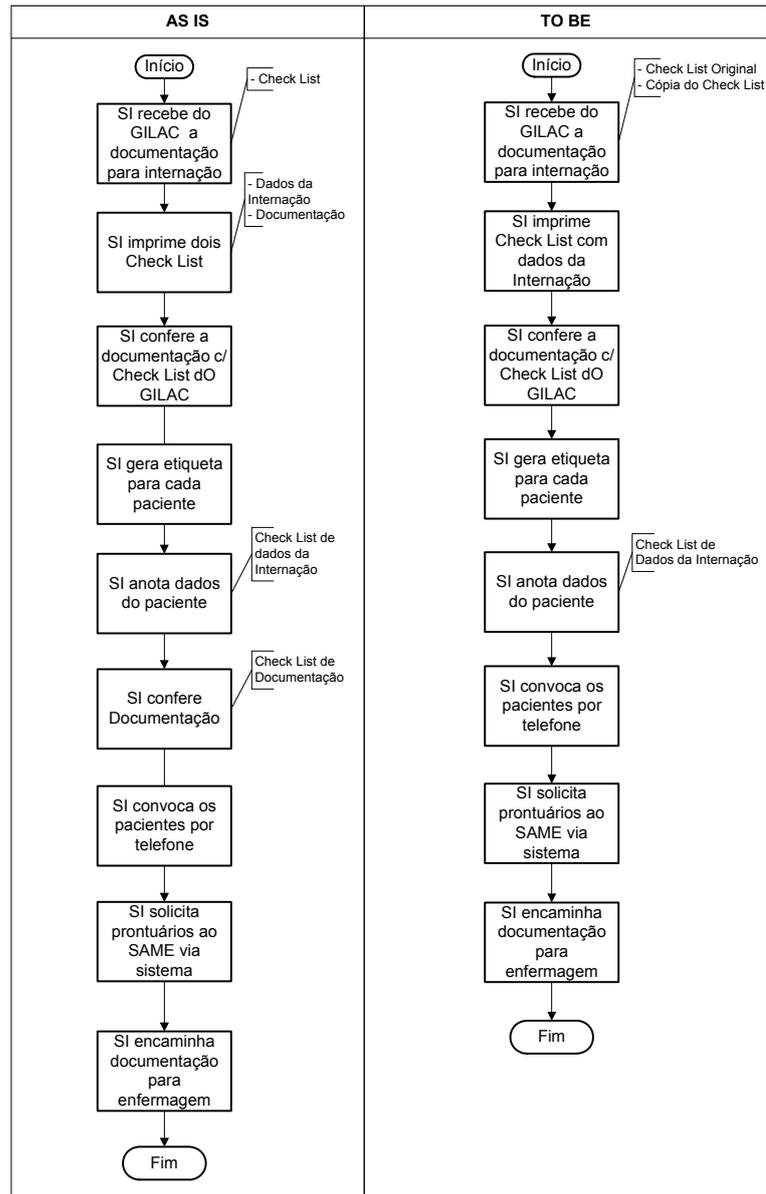
A priorização de processos é citada no trabalho de VACCARI E. et al. (2008) como uma dificuldade observada logo no início da elaboração dos fluxos. Apoiando a necessidade de uma definição de ordem para as tarefas diárias executadas pelo setor em questão.

A visualização das possíveis melhorias a ser implantadas foi facilitada pelo uso de uma ferramenta simples, com simbologia fácil de ser entendida, que foi o mapeamento de processos.

Referências

- CHIAVENATO, I. Gestão de Pessoas. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
 GONÇALVES, J.E.L. Processo, Que Processo? RAE – Revista de Administração de Empresas. v.40, n.4, p. 8-19, 2000.
 HAMMER, M. The process audit. Harvard Business Review, Abril, 2007.
 KRAJEWSKI, L. et al. Administração de produção e operações. 8. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2009.
 NETTO, F. S. Gerenciamento de Processos de Negócio: um estudo teórico-comparativo sob as óticas da Gestão Empresarial e da Tecnologia. V SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2008. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos08/254_254_SEGeT_BPM_2008_final.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2011.
 ROTHER, M.; SHOOK, J. Aprendendo a enxergar: mapeando o fluxo de valor para agregar valor e eliminar o desperdício. São Paulo: Lean Institute do Brasil, 2003.
 VACCARI, A. E. et al. A aplicação da gestão de processos em uma organização tipicamente funcional. XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Outubro, 2008.

Figura 2 - Convocação e preparo da documentação para a internação



Avaliação de Tecnologia

P_177_2011 - Incorporação de tecnologias em Farmácia Hospitalar: um estudo para centralização

Mariana Wiesel dos Santos, Marina Boralli de Sousa, Mirian Teresa Matsufugi, Andréa Cassia Pereira Sforsin, Sonia Lucena Cipriano

Resumo: É crescente o uso de equipamentos automatizados para distribuição e estocagem de medicamentos nas organizações de saúde. Seu uso visa a proporcionar maior controle dos medicamentos e segurança do paciente. O objetivo deste estudo foi fornecer subsídios para a inclusão de tecnologias no processo de centralização das farmácias satélites de um hospital do município de São Paulo, por meio da comparação entre a capacidade operacional dos equipamentos e os dados de utilização. Verificou-se a necessidade de instalação de três equipamentos para automação deste processo. Ademais, comparou-se o novo processo com o atual a fim de observar as alterações implantadas.

Palavras-chave: Automação, Tecnologia Farmacêutica, Dispensário de Medicamentos, Segurança do Paciente

Introdução

Segundo Cohen (2000) as principais causas de erros de dispensação são: sobrecarga de trabalho pela equipe da farmácia, distrações durante o desenvolvimento das rotinas operacionais, área de dispensação inadequada ou incompatível com as atividades desenvolvidas e uso de referências bibliográficas ultrapassadas.

Os equipamentos automatizados para distribuição e estocagem são componentes cada vez mais um componente freqüente nos processos de utilização de medicamentos nas organizações de saúde de países desenvolvidos (SERAFIM, 2005).

A Associação Nacional de Conselhos de Farmácia dos Estados Unidos da América (NABP) definiu sistemas automatizados de farmácia como sistemas mecânicos que executam operações ou atividades relacionadas a estocagem, a embalagem ou a distribuição de medicamentos, e também as ações de controle e gerenciamento de informações (ASHIP, 1998).

A utilização dos equipamentos automatizados deve ser feita, de modo a atingir os seguintes objetivos: apresentar informações necessárias para a administração apropriada dos medicamentos de tal forma que o cuidado com o paciente seja acessível e oportuno; disponibilizar, prontamente, medicamento para as necessidades dos pacientes de forma e controle seguros; possibilitar a identificação e a minimização dos erros com medicamentos; desenvolver a consciência segura, precisa e produtiva

nas pessoas envolvidas com o processo de distribuição; satisfazer as necessidades do paciente com entrega em tempo hábil e com qualidade; facilitar o sistema de distribuição de medicamentos e; aperfeiçoar a administração dos recursos para reordenar os suprimentos para o sistema de distribuição (ASHP, 1998).

O sistema automatizado traz juntas informações, máquinas e pessoas em um relacionamento complexo e interdependente. Durante todo o processo é necessário treinamento continuado desde a elaboração do projeto até a manutenção do sistema (SERAFIM, 2005).

Justificativa

No contexto de um hospital público de ensino do município de São Paulo, onde 790 leitos são atendidos por três farmácias satélites situadas em diferentes andares, o controle do estoque dessas farmácias e a distribuição de doses individualizadas aos pacientes são realizados manualmente, sem uso de sistemas de informação e envolvendo grande número de funcionários. Devido ao pequeno espaço físico de cada satélite, há dificuldade no armazenamento de grandes volumes de medicamentos.

Objetivos

O objetivo deste estudo foi fornecer subsídios para a inclusão de tecnologias no processo de centralização das farmácias satélites de um hospital de ensino do município de São Paulo. A análise do uso de equipamentos para automatizar os processos de trabalho buscou dimensionar sua capacidade operacional de acordo com a demanda das clínicas analisadas.

Com a automação o objetivo é agilizar o processo tanto da distribuição dos medicamentos como da reposição do estoque desta central de doses individualizadas, e promover uma reordenação racional dos processos de trabalho.

Métodos

O hospital em estudo é público, de grande porte, geral com especialidades e de atenção terciária. Atualmente, conta com três farmácias satélites localizadas em andares distintos, responsáveis pela dispensação dos medicamentos para 790 leitos.

As unidades de internação foram caracterizadas por meio do relatório de indicadores assistenciais do hospital, fornecido pela seção de Arquivo Médico com os dados de junho a agosto de 2010. As clínicas responsáveis pelas unidades de internação foram classificadas de acordo com o índice de rotatividade, observando a qual andar pertenciam para que o equipamento funcionasse no máximo de sua capacidade operacional. Esta caracterização permite a escolha do modelo mais adequado à demanda destes locais.

Durante os meses de setembro e outubro de 2010, as atividades das três farmácias satélites foram acompanhadas com o propósito de observar estrutura, processos e resultados produzidos pelas unidades. Para análise dos resultados foi utilizado o banco de dados do Sistema de Informações do hospital, do período de julho a setembro de 2010, o qual contém registros das prescrições eletrônicas, indicando os medicamentos dispensados para as clínicas. Das 32 clínicas, foram excluídas seis da análise, pois ainda não haviam adotado o sistema.

O dimensionamento do projeto de automação foi desenvolvido com os dados de produção fornecidos pela empresa responsável pelas tecnologias. A descrição e os dados da capacidade operacional dos equipamentos estão discriminados abaixo:

Um dos equipamentos analisados é o dispensário eletrônico, que é ideal para unidades de alta rotatividade, pois este armário tem sistema integrado no qual o funcionário seleciona o paciente, indica o medicamento a ser administrado e logo após abre-se automaticamente a gaveta ou porta onde o item está para retirada. Existe um modelo que permite maior controle na dispensação, devido à existência de gavetas que admitem apenas a retirada da quantidade exata do medicamento e de gavetas onde é necessário fazer um inventário a cada retirada. Sua capacidade é de atender 20 leitos e armazenar até 400 itens distintos.

O outro equipamento considerado foi o carrossel vertical, o qual consiste em um sistema de bandejas que rodam verticalmente segundo o pedido entregando os itens selecionados num ponto de acesso ergonomicamente seguro e conveniente. É um armário amplo interligado a um sistema de informação, capaz de calcular a quantidade necessária de certo medicamento suficiente para atender a todas as prescrições solicitadas por determinada clínica ou andar. É capaz de dispensar até 500 itens por hora e atender as prescrições de até 120 leitos por hora quando implantado, no entanto é necessário considerar a quantidade de itens por prescrição para o cálculo correto. Sua capacidade de armazenamento é de 850 itens distintos com espaço para 6 m³ de volume medicamentos.

Ademais, foram realizadas visitas às farmácias de duas instituições a fim de verificar na prática o uso de novas tecnologias e o processo de centralização, contribuindo para o desenvolvimento do desenho do novo processo.

Resultados e discussão

Constatou-se analisando os dados da seção de Arquivo Médico que entre as dez clínicas que possuem maior índice de rotatividade, há quatro Unidades de Terapia Intensiva (UTI), localizadas no mesmo andar, conforme demonstrado na tabela 1. Ficou evidenciado na Tabela 2 que há cinco UTI's no 9º andar, sendo uma a Unidade de Reanimação Pós Anestésico, responsável por 20 leitos e com índice de rotatividade de 9,1. As outras quatro totalizam 20 leitos, sendo que três delas apresentam elevado índice de rotatividade. São elas: 1ª Clínica Cirúrgica, 2ª Clínica Cirúrgica, Cirurgia e Transplante de Fígado e Convênios.

Alcântara e Cassiolato (2009) mostram que a rotatividade dos leitos reflete no aumento das devoluções, assim quanto maior a rotatividade maior a devolução. De acordo com o Guia Básico para a Farmácia Hospitalar (BRASIL, 1994), o estoque descentralizado para uma unidade assistencial permite acesso ágil aos medicamentos e faz com que as devoluções sejam mínimas.

Tabela 1 – Classificação das Clínicas por ordem decrescente, segundo Índice de Rotatividade

Clínicas	Andar	Leitos Operacionais	Índice de Rotatividade
1 Oftalmologia	6º	22	10,4
2 UTI Neurologia de Emergência	5º	5	9,2
3 UTI Reanimação Pós Anestésica	9º	20	9,1
4 Otorrinologia	6º	29	8,4
5 Cirurgia Plástica Queimados	8º	16	7,5
6 UTI 2ª Clínica Cirúrgica	9º	6	7,3
7 Neurologia Cirúrgica	5º	10	7,3
8 UTI Convênios	9º	2	7,0
9 UTI 1ª Clínica Cirúrgica	9º	6	6,0
10 Ginecologia	10º	28	5,7

Fonte: Seção de Arquivo Médico

Tabela 2 – Classificação de todas as UTI's do hospital por ordem decrescente, segundo Índice de Rotatividade

Clínicas	Andar	Leitos Operacionais	Índice de Rotatividade
1 UTI Neurologia de Emergência	6º	5	9,2
2 UTI Reanimação Pós Anestésica	9º	20	9,1
3 UTI 2ª Clínica Cirúrgica	9º	6	7,3
4 UTI Convênios	9º	2	7,0
5 UTI 1ª Clínica Cirúrgica	9º	6	6,0
6 UTI Obstetrícia	10º	2	5,3
7 UTI Clínica Neurológica	5º	6	5,2
8 UTI Nefrologia	4º	6	5,0
9 UTI Neurocirurgia de Emergência	4º	6	4,4
10 UTI Pneumologia	6º	4	4,2
11 UTI Clínica Médica de Emergência	4º	27	4,0
12 UTI Cirurgia e Transplante do Fígado	9º	6	3,9

Fonte: Seção de Arquivo Médico

Assim, por meio da caracterização das UTI's acima citadas e utilizando o banco de dados do Sistema de Informações, podemos observar que estas entrariam no perfil de uso do armário eletrônico, pois atendem até 20 leitos e a variedade de itens está abaixo de 400, segundo tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização das Unidades de Terapia Intensiva

Características	UTIs do 9º andar	UTI Pós Anestésica
Leitos	16	20
Variedade dos itens	338	339
Consumo diário de medicamentos	587	546
Pacientes atendidos por dia	19	20
Itens prescritos por paciente	11	9

Fonte: Sistema de Informação e Seção de Arquivo Médico

Levando-se em conta a capacidade do carrossel vertical foi realizada uma comparação com a produção das satélites, a fim de verificar o dimensionamento de equipamentos necessários para atender a esta demanda.

Analisando os dados do Sistema de Informações, observou-se uma diversidade de 761 itens no elenco de medicamentos, sendo que diariamente são dispensadas 10.047 unidades de medicamentos pelas farmácias satélites. As clínicas recebem cerca de 5.888 itens diários para seus pacientes, suficientes para abastecer as prescrições de 790 leitos. Também foram analisados os dados desconsiderando os itens utilizados pelas UTI's que utilizarão os dispensários eletrônicos para a dispensação de medicamentos.

Com esta análise foi possível inferir que para a automação desta central de doses individualizadas serão necessários dois carrosséis verticais, funcionando durante aproximadamente seis horas ininterruptas.

Tabela 4 – Comparação da capacidade do carrossel com a produção das satélites

	Capacidade do carrossel	Clínicas analisadas	Excluindo as UTI's atendidas com dispensário eletrônico
Itens armazenados	850	761	748
Linhas dispensadas	3.000	5.888	5.528
Leitos atendidos	375	790	754
Funcionamento	6h	11h46min	11h13min

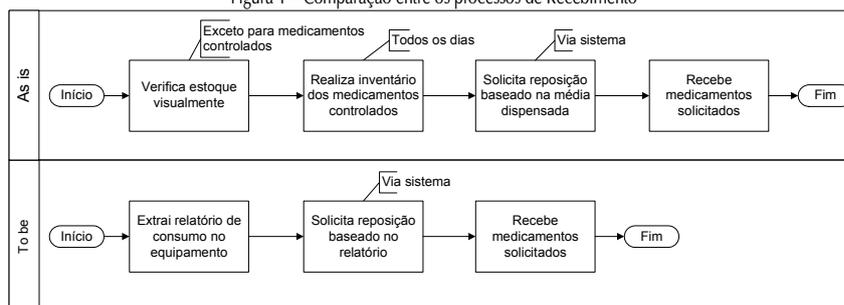
Fonte: Sistema de Informação e dados do representante do equipamento

A manutenção de uma farmácia satélite em funcionamento por 24 horas surge da necessidade em atender as doses de urgência e se necessário, pois o carrossel não atenderá a essas solicitações, já que seria necessário interromper a produção para retirada desses medicamentos, prejudicando o resultado final. Outra função deste local será acomodar o pessoal responsável pela triagem das prescrições médicas que serão enviadas eletronicamente para a central de doses individualizadas.

Com base nos processos das farmácias das instituições que foram visitadas, foi possível desenvolver a proposta do novo fluxo de trabalho. Desta forma, foi observado que o novo processo agilizará a distribuição de medicamentos, conforme apontado na comparação do atual (AS IS) com o processo após centralização e automação (TO BE), descritos nos fluxogramas abaixo.

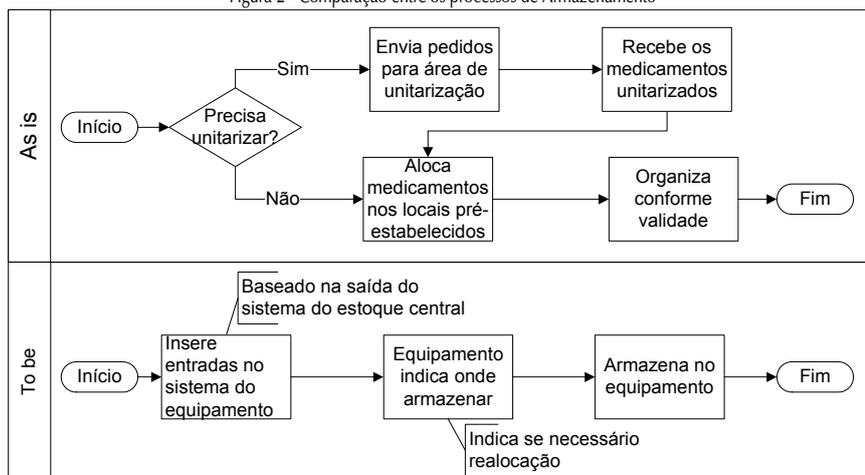
O uso do equipamento de automação permitirá o controle de estoque eletrônico com obtenção de relatório de movimentação, o que permite a reposição mais adequada e fidedigna, conforme evidenciado na figura 1.

Figura 1 – Comparação entre os processos de Recebimento



A figura 2 mostra que os medicamentos a serem unitarizados serão indicados via sistema, uma vez que é possível visualizar a quantidade de medicamentos dispensados e a necessidade para reabastecimento do estoque. Assim, não haverá necessidade da central de doses individualizadas verificar e enviar os medicamentos que devem ser unitarizados para o setor responsável, evitando o retrabalho.

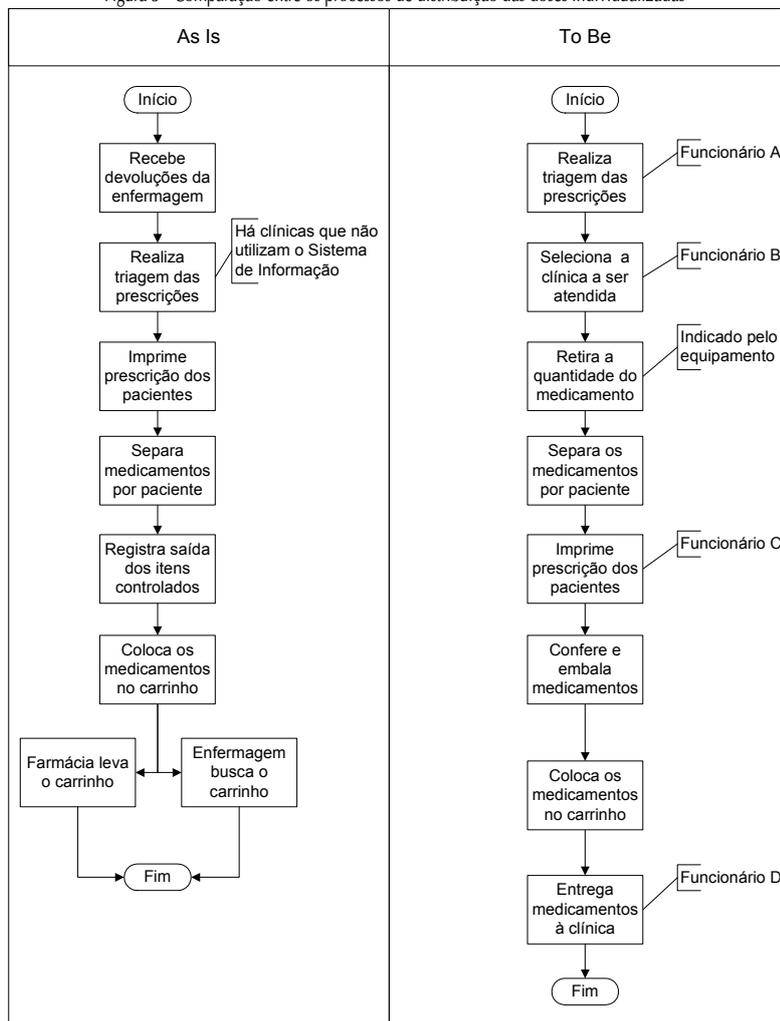
Figura 2 - Comparação entre os processos de Armazenamento



Conforme a figura 3, cada etapa do processo de distribuição de medicamentos será realizada por funcionários distintos. Primeiramente o processo de triagem é realizado utilizando o Sistema de Informações por funcionários (A) em computadores alocados na central de doses individualizadas ou então na farmácia satélite que será mantida. Deste modo, a prescrição eletrônica triada é vista por outro funcionário (B), que trabalhará no Carrossel de modo a selecionar a clínica a ser dispensada. Ele também retira a quantidade de medicamento necessária para a clínica, alocando na caixa correspondente ao leito de cada paciente, já que o equipamento indica a quantidade por clínica e a qual paciente pertence. Um terceiro funcionário (C) fica responsável por imprimir as prescrições dos pacientes, conferir o que foi separado por B e então embalar e colocar em um carro que será transportado para a clínica por outro funcionário (D).

A atividade de retirada dos medicamentos por clínica por meio do carrossel vertical, agiliza e facilita o trabalho, visto que é o equipamento que gira e traz à altura do braço do funcionário a bandeja do medicamento correspondente ao pedido.

Figura 3 - Comparação entre os processos de distribuição das doses individualizadas



Conclusões e considerações

A análise do uso de equipamentos buscou dimensionar sua capacidade operacional de acordo com a demanda das clínicas analisadas. Assim, constatou-se a necessidade de dois dispensários eletrônicos, sendo um para a Unidade de Reanimação Pós Anestésica e o outro para as quatro UTI's do 9º andar: 1ª Clínica Cirúrgica, 2ª Clínica Cirúrgica, Cirurgia e Transplante de Fígado e Convênios. Foi proposta a instalação de dispensários eletrônicos nessas UTI's, pois além de fornecer o medicamento com mais agilidade e tornar mínimas as devoluções, também é uma forma de controle de estoque fidedigna que garante a segurança do paciente, visto que o medicamento é só retirado no momento da administração.

Para a automação da central de doses individualizadas serão necessários dois carrosséis verticais que funcionando por seis horas diárias são suficientes para abastecer as clínicas atualmente atendidas pelas três farmácias satélites. Esses equipamentos podem ser reabastecidos no período noturno a fim de otimizar os recursos disponíveis, aumentando sua eficiência e utilizá-lo para outras atividades, tal como a separação dos kits dos ambulatórios e reposição dos dispensários eletrônicos.

Os relatórios fornecidos pelos equipamentos sobre as saídas de materiais, proporciona um controle de utilização e facilita o reabastecimento. Desta maneira, o novo processo permite um maior controle do medicamento e previsão de estoque.

Na comparação entre os processos atuais e pós a automação, foi possível concluir que o uso da tecnologia elimina e otimiza as tarefas desenvolvidas em cada etapa. É importante ressaltar que estes equipamentos afetam diretamente o processo de trabalho dos funcionários do setor, necessitando assim um treinamento adequado, além de uma boa relação entre as equipes de farmácia e enfermagem dos locais.

O processo automatizado utiliza menor número de funcionários que podem ser realocados para outras atividades, principalmente os farmacêuticos que poderão atuar mais diretamente na seleção do melhor tratamento ao paciente.

A farmácia satélite que será mantida também será responsável por acolher as devoluções das clínicas e estudá-las. É função do pessoal que transporta o carro com medicamentos até as clínicas retirar as devoluções e entregá-las a esta farmácia. Com isso, será possível analisar as características dessa devolução para que se possa aperfeiçoar o processo de distribuição de medicamentos.

Referências

ALCANTARA, S.T.; CASSIOLATO, S. Otimização da prescrição eletrônica, baseada no estudo avaliativo, desenvolvido pela Farmácia da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Trabalho apresentado ao Prêmio Nacional de Incentivo à Promoção do Uso Racional de Medicamentos - Ministério da Saúde, 2009. <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvsm/premio_medica/pdf/trabalhos/mencoes/sonia_cassiolo_trabalho_completo.pdf>, acesso em 13 de dezembro de 2010.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS, ASHP. Guidelines on the safe use of Automated Storage and Distribution Devices. Am. J. Health-Syst. Pharm. Washington 55: 1403-7, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. Guia Básico para a Farmácia Hospitalar. Brasília, 1994.

COHEN, M.R. Preventing dispensing errors. In: Medication errors: causes, prevention, and risk management. 1. ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2000. p. 9.1-19.

SERAFIM, S. A. D. Impacto da informatização na dispensação de medicamentos em um hospital universitário. 2005. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Acreditação

P_178_2011 - Acreditação Internacional em Hospital Universitário: Análise dos Resultados da Modalidade Educação de Paciente e Familiares

Juliana Mezari Carbajal, Taís Pezzi Fachinelli, Eliandra da Silveira de Lima, Werner Weiss Kleina, Rodrigo Pizzoni, Mariza Machado Kluck

Resumo: Para padronizar a qualidade da assistência prestada, a acreditação é uma das ferramentas disponíveis que utiliza padrões previamente estabelecidos, a fim de garantir um desempenho de elevada qualidade. Neste trabalho, foi avaliado o capítulo "Educação de Pacientes e Familiares" do Manual e do Relatório de Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional em hospital universitário do Rio Grande do Sul e foi proposto ações para as não conformidades. A instituição em uma visão geral apresentou bons resultados seguindo as conformidades para a maioria dos itens, totalizando conformidades em 18 itens, parcialidades de conformidades em 4 itens e não conformidades em 5 itens.

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais são organizados complexamente, sendo as estruturas e os processos interligados de forma que o funcionamento de um elemento interfere em todo o conjunto e no resultado final. Por conseguinte, busca-se qualificar a atenção dos serviços de saúde em todos os departamentos, para que a missão de atender aos pacientes da melhor forma possível seja alcançada.

Para avaliar essas organizações e padronizar a qualidade da assistência prestada, a acreditação é uma das ferramentas disponíveis que utiliza de padrões previamente estabelecidos, com o intuito de garantir um desempenho de elevada qualidade. Não constitui uma forma de fiscalização, mas essencialmente um programa de educação continuada.

1.1 Qualidade Assistencial

A definição de qualidade assistencial em saúde é complexa e abstrata por fazer alusão a todas as suas dimensões, além de depender da visão de quem a determina. Assim, um paciente pode ser internado para o diagnóstico e terapia de uma doença e sair curado, mas avaliar o seu tratamento de baixa qualidade por considerar instalações ou horários de visitas inadequados, por exemplo. Portanto, a qualidade da assistência não é avaliada exclusivamente pela prática específica da assistência, mas por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos, como a adequação às expectativas do paciente e familiar.

Apesar de haver o consenso de que a qualidade assistencial é um conceito complexo e amplo, os componentes podem ser agrupados em sete pilares:

- Eficácia: habilidade em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos através dos conhecimentos médicos;
- Efetividade: relação entre o benefício concreto oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado esperado pelo sistema "ideal";
- Eficiência: relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico;
- Otimização: estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico;
- Aceitabilidade: adaptação dos cuidados de saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este pilar é composto pela acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência e preferências do paciente quanto aos custos da assistência;
- Legitimidade: possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo;
- Equidade: determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

1.2 Acreditação Hospitalar

A acreditação é um processo de avaliação hospitalar, em geral não-governamental e de natureza voluntária, através da qual uma organização avalia as instituições de saúde para determinar se estas atendem aos padrões idealizados com base em protótipos aplicáveis, predeterminados e publicados, para aprimorar a qualidade do cuidado ao paciente. Para que um estabelecimento hospitalar seja acreditado, os seus recursos, processos e resultados devem possuir qualidade pelo menos satisfatória.

Sendo assim, é necessária a participação de toda a equipe envolvida com a qualidade, sejam eles administradores, técnicos, enfermeiros ou médicos, ultrapassando as hierarquias para que a meta de melhoria dos procedimentos e processos seja executada com habilidade, agilidade e segurança, propiciando resultados detectáveis pela utilização de indicadores, que servirão de controle, para ponderar os progressos.

Os fundamentos da acreditação foram formados com base em princípios éticos e utiliza de ferramentas metodológicas, o que confere alta credibilidade, além de serem desenhados para fornecer informações e estabelecer indicadores em saúde, direcionados para a qualidade do cuidado ao paciente, que possibilitam melhorias efetivas no desenvolvimento das atividades clínicas e gerenciais. A avaliação de acreditação verifica a conformidade de uma instituição a padrões previamente estabelecidos em manual a partir de entrevistas com profissionais e pacientes, observações realizadas pelos avaliadores "in loco" de processos de cuidados, análise de políticas, procedimentos e documentos, e resultados da auto-avaliação

Apesar de ter seu início há mais de 80 anos nos Estados Unidos, somente em 1951 o Colégio Americano de Médicos, a Associação Americana de Hospitais, a Associação Médica Americana e a Associação Canadense de Medicina, juntamente com o Colégio Americano de Cirurgiões, cunham a "Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)", entidade não lucrativa cujo propósito é prover acreditação de forma voluntária. Em 1998, foi criado o Programa de Acreditação Internacional patrocinado pela Joint Commission International (JCI), braço internacional da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), que já acreditou cerca de 70 hospitais em 15 países. No Brasil, a Joint Commission International é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde.

Para a obtenção do certificado de Hospital Acreditado, é necessário demonstrar concordância com o manual de padrões desenvolvido pela JCI. Tal manual foi desenvolvido por especialistas de todo o mundo, constando de 13 capítulos divididos entre funções focadas nos pacientes, como a Educação de pacientes e familiares (PFE), e funções focadas na organização. Além destes dois grupos de funções, o Hospital deve atender a um conjunto de metas internacionais de segurança do paciente.

Toda organização hospitalar, dada a sua missão a favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente, de forma que consiga uma relação harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial.

2. JUSTIFICATIVA

O reconhecimento pela acreditação e a busca de constantes melhorias são objetivos visados pelos hospitais com o intuito de tornarem-se referência em assistência, na formação de profissionais e na geração de conhecimentos.

A análise da educação de pacientes e familiares é fundamental para esse processo, exigindo preocupação constante para garantir um atendimento que abranja não só o bem-estar físico, mas também o bem-estar psíquico e social do paciente.

3. OBJETIVOS

Avaliar o capítulo "Educação de Pacientes e Familiares" do Manual e do Relatório de Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional em hospital universitário do Rio Grande do Sul e propor plano de ação para as não conformidades encontradas, a fim de programar melhorias no plano hospitalar de educação dos pacientes e familiares.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Os 28 elementos de mensuração de qualidade hospitalar dispostos em 7 padrões de análise, conforme estabelecido pelo Manual da Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI), foram verificados individualmente no relatório do HCPA (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) durante sua fase de preparação para a Acreditação Internacional, e por meio do conceito recebido em cada modalidade foram elaboradas melhorias para os tópicos que tiveram uma baixa classificação. Como baixa classificação, foram consideradas as modalidades de mensuração que receberam conceito "parcialmente conforme" (PC) e "não conforme" (NC).

5. RESULTADOS

O desempenho do hospital foi analisado através de avaliação de todos os itens individualmente do capítulo "Educação de Pacientes e Familiares" conforme Manual da Acreditação Internacional da JCI. A instituição em uma visão geral apresentou bons resultados seguindo as conformidades para a maioria dos itens, totalizando conformidades em 18 itens, parcialidades de conformidades em 4 itens e não conformidades em 5 itens. Nenhum item foi avaliado como "não se aplica" (Figura 1). Para cada um dos itens que não foram julgados como conformes foram propostas algumas medidas para melhoria.

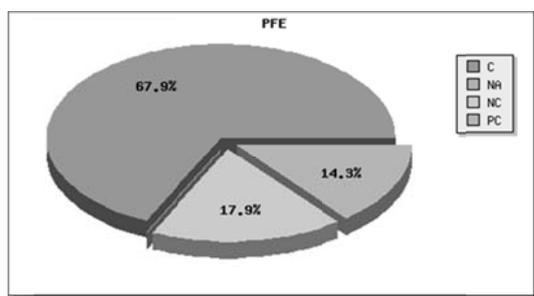


Figura 1: distribuição dos itens avaliados de acordo com os conceitos atribuídos.

Segundo o relatório, a educação fornecida ao paciente e seus familiares dá suporte a sua participação nas decisões e processos relativos ao cuidado, através de planejamento, obtenção de mecanismos e estruturação adequada e recursos educacionais organizados para tal. Além disso, avalia as necessidades de educação dos mesmos, informando-os sobre sua condição, possibilitando assim a participação em decisões. Educam e treinam paciente e familiares para o alcance de suas metas da saúde e incentivam medidas que apóiam a promoção continuada à saúde, assim como educação para prevenção de doenças. A educação quanto a técnicas de reabilitação, nutrição e uso seguro e efetivo de equipamento médicos apresentou-se dentro dos conformes. O contato profissional é adequado, incentivando questionamentos e expressão de opiniões dos pacientes. Os profissionais da saúde mostram-se engajados e colaboram no processo de educação, sendo capacitados para tal e disponibilizando tempo para isso.

De especial interesse, as não conformidades são: (1) Padrão PFE-2 (as necessidades de educação de cada paciente são avaliadas e anotadas em seu prontuário) item 2 (os resultados da avaliação dessas necessidades são anotadas no prontuário do paciente), cujo comentário foi "em entrevista aos profissionais nas visitas de rastreamento (na quimioterapia, núcleo de cuidados paliativos e emergência) foi informado que não há processo institucional sistematizado para anotação no prontuário"; item 3 (o

registro das informações relativas à educação do paciente, é feito de modo uniforme, por todos os profissionais), cujo comentário foi “na revisão de prontuários fechados, apenas 1 de 7 prontuários estava conforme; 0 de 11 para avaliação de crenças e valores estava conforme; 1 em 9 para avaliação do grau de alfabetização, nível educacional e linguagem estava conforme; 1 em 8 para barreiras emocionais e motivações, limitações físicas e cognitivas estava conforme; 1 em 9 para a vontade do paciente de receber informações estava conforme”; e item 4 (os pais e seus familiares sabem como fornecer o consentimento informado, se apropriado [ver também PRF.2.1 EM 3 e MCI.3 EM 1 e 2]), cujo comentário foi “não foram apresentadas políticas e procedimentos para obtenção de consentimento informado. (2) Padrão PFE-2.1 (a capacidade e a vontade de aprender do paciente e de seus familiares são avaliadas) item 1 (o paciente e seus familiares são avaliados quanto aos elementos de a) até e) do prontuário deste padrão [ver também PFR.1.1 EM 1]), cujo comentário foi “em entrevista a profissionais de saúde nas visitas de rastreamento aos setores de quimioterapia, emergência, ambulatório de serviço social e centro cirúrgico ambulatorial foi informado que não há processo institucional sistematizado para avaliação de crenças e valores do paciente e seus familiares, barreiras emocionais e motivações, limitações físicas e cognitivas e a vontade do paciente em receber informações”; e item 2 (os achados da avaliação são usados para planejar a educação), cujo comentário foi “em entrevista a profissionais de saúde nas visitas de rastreamento aos setores de quimioterapia, emergência, ambulatório de serviço social foi informado que não há processo institucional sistematizado para avaliação destes itens e posterior uso no planejamento da educação”.

Os itens parcialmente conforme são: (1) Padrão PFE-4, item 1 (quando apropriado, o paciente e seus familiares são educados quanto ao uso seguro e efetivo de todos os medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais), cujo comentário foi “embora tenha sido apresentado material de orientação para pacientes em uso de anticoagulantes e a farmácia de medicamentos de alto custo e antibióticos, em entrevista a farmacêutica foi informado que ainda não há sistematização do processo de educação para uso seguro e efetivo de todos os medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais”; item 3 (quando apropriado, o paciente e seus familiares são educados quanto a prevenção de interações entre os medicamentos prescritos, outros medicamentos [incluindo preparações que não requerem prescrição] e alimentos), cujo comentário foi “embora tenha sido apresentado material de orientação para pacientes em uso de anticoagulantes, e farmácia de programas especiais para medicamentos de alto custo e antibióticos, em entrevista a farmacêutica foi informado que ainda não há sistematização do processo de educação para prevenção de interação entre os medicamentos prescritos, outros medicamentos e alimentos fora do programa”; e também o item 5 (quando apropriado, os pacientes e seus familiares são educados quanto ao gerenciamento da dor), cujo comentário foi “embora tenha sido apresentado processo para educação quanto ao gerenciamento da dor no núcleo de cuidados paliativos, não foi evidenciado processo institucional sistematizado que abranja toda a instituição”. (2) Padrão PFE-5, somente o item 3 (as informações verbais são reforçadas com a utilização de materiais escritos, conforme apropriado às necessidades do paciente e as suas preferências de aprendizagem), cujo comentário foi “embora tenha sido apresentado vários materiais educativos utilizados, em entrevista a assistente social foi informado que não há no momento material apropriado às necessidades de aprendizado de analfabetos, outros idiomas, outras deficiências (auditivas, visuais)”.

O capítulo do Manual em questão apresenta-se adequado com inúmeras exigências competentes para análise da educação de pacientes e familiares, sendo este fundamental no processo de funcionamento dos hospitais e na implementação de boas políticas de saúde. O impacto que uma boa classificação neste quesito tem sobre a satisfação e a saúde do paciente é maior do que muitas vezes é esperado, sendo o objetivo hospitalar não apenas tratar a doença física do paciente, mas também zelar por sua satisfação e garantir o respeito e o direito à informação.

Quanto à anotação em prontuários das necessidades de educação de cada paciente, foram encontradas não conformidades para o “registro dos resultados de avaliação das necessidades de educação do paciente e de familiares”, para o “registro das informações relativas à educação do paciente, de maneira uniformemente por todos profissionais” e para “pacientes e seus familiares saberem como fornecer o consentimento informado”. Propõe-se para melhoria de tais aspectos a criação de um espaço no sistema informatizado do hospital para anotação de dados referentes a essas necessidades educacionais do paciente quanto a cuidados quanto à própria saúde, assim como criação de um modelo informatizado obrigatório a ser preenchido na admissão hospitalar contemplando os seguintes: alfabetização, avaliação de crenças e valores, linguagens, limitações físicas e cognitivas e nível educacional, e a criação de políticas e procedimentos que possibilitem os pacientes e familiares saberem como fornecer consentimento informado primariamente através da capacitação de profissionais, com implementação de cursos que aprimorem a capacidade de comunicação desses profissionais.

O hospital também apresentou não conformidades para o item que compete avaliação da capacidade e vontade de aprender do paciente e seus familiares, sendo englobada a avaliação de pacientes e familiares quanto a valores, crenças, barreiras emocionais e motivações, limitações físicas e cognitivas e vontade de receber informações e a utilização dos achados de avaliação para o planejamento da educação dos mesmos. A criação de um sistema informatizado com organização de bancos de dados para tais especificações, como já proposto anteriormente, é ideal, assim como revisão periódica de tais dados pelos profissionais para planejamento de política hospitalar educacional.

Em relação à avaliação da educação dos pacientes e familiares, a educação dos mesmos quanto ao uso seguro e efetivo de todos os medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais, quanto à prevenção de interações entre os medicamentos prescritos, outros medicamentos e alimentos e quanto a educação quanto ao gerenciamento da dor adquiriram o conceito “parcialmente conforme”. O material de orientação para pacientes restringia-se a fármacos como anticoagulantes e medicamentos de alto custo e antibióticos, e a educação quanto ao gerenciamento da dor foi encontrada apenas no núcleo de cuidados paliativos. É necessária a implementação de um sistema informatizado que possibilite ao médico prescrever a medicação, sendo que automaticamente apareça ao lado desta informações relativas à forma correta de uso e possíveis interações medicamentosas/alimentícias, bem como efeitos adversos. Todas essas informações, além de estarem no sistema, deverão ser entregues ao paciente por meio de cartilhas, assim como reforçadas oralmente pelos seus cuidadores intra-hospitalar. A utilização de ferramenta informatizada para registro e gerenciamento da dor possibilitaria uma adequada expansão de tais informações para toda instituição. É fundamental também a orientação adequada aos pacientes sobre a medicação a ser utilizada e fatores de alívio.

Na avaliação da metodologia de educação de paciente e familiares levando em consideração valores e preferências do próprio paciente e seus familiares para que a aprendizagem ocorra foram encontradas parcialidades de conformidades com relação ao reforço das informações verbais com a utilização de materiais escritos. Para o déficit de material apropriado a necessidade de aprendizagem de analfabetos, outros idiomas e deficiências (auditivas, visuais), propõe-se a contratação de profissionais (“tradutores”) habilitados para auxiliarem no processo de criação de cartilhas informativas voltadas ao aprendizado e melhoria do relacionamento entre médico, paciente e familiares. Esses profissionais deveriam também compor a interface “médico-tradutor-paciente” durante o contato diário, tornando efetiva a comunicação entre os cuidadores - sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos ou qualquer outro profissional do hospital que necessite se fazer entender - e o paciente.

O hospital universitário, tido muitas vezes como modelo de bons serviços prestados à população, obteve 32% dos itens quanto à educação de pacientes e familiares julgados em não total conformidade ao desejado. Embora 68% dos itens analisados sejam adequados, e por isso foram julgados como “conforme”, temos ainda uma margem considerável de melhorias que precisam ser implementadas em prol da qualidade do atendimento prestado. Ainda que na prática diária algumas dessas melhorias sejam mais difíceis de serem adotadas por necessitarem de readequação de hábitos dos profissionais de saúde, como, por exemplo, na questão de anotar nos prontuários os resultados das necessidades de educação de cada paciente, a criação de um espaço no sistema informatizado do hospital para anotação de dados referentes a essas necessidades educacionais de preenchimento obrigatório na admissão hospitalar poderia ser um facilitador importante para que essa etapa fosse cumprida.

Questão de fundamental importância é a adequação no que se refere à metodologia de educação de paciente e familiares levando em consideração valores e preferências do próprio paciente e seus familiares para que a aprendizagem ocorra, avaliado como parcialmente conforme. Como sugestão, entendemos que frente ao desafio impraticável de educar os agentes de saúde para que soubessem como agir diante da diversidade infindável de limitações que os pacientes podem apresentar, como analfabetismo, entendimento apenas de outros idiomas que não o português, deficiência visual, auditiva ou mudez, a solução mais viável seria a de que o hospital possua contatos de vários profissionais que estejam aptos para realizar a interface “médico-tradutor-paciente” na comunicação durante o contato diário, e que possam ser

contratados sempre que houver necessidade, ou mesmo que trabalhassem diariamente no hospital, no caso de limitações mais recorrentes, como analfabetismo. Para que esses profissionais estivessem realmente aptos à desempenhar adequadamente essa função, seria também preciso que fosse oferecidos cursos de capacitação de atendimento em saúde.

Apesar das dificuldades, é bastante provável que a criação de espaços no sistema informatizado do hospital que contemplassem especificamente informações referentes à educação dos pacientes em conjunto com palestras direcionadas aos profissionais que cuidam diariamente dos pacientes para que fosse divulgada amplamente a relevância dessas informações na qualidade do atendimento prestado seja um grande passo para melhorar o julgamento dos itens referentes à educação de pacientes e familiares do manual de avaliação da JCI.

6. CONCLUSÃO

O termo Qualidade ou Melhoria Contínua da Qualidade nos conceitos mais modernos é um fenômeno continuado de aprimoramento, que estabelece progressivamente os padrões, resultado dos estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero - situação que, embora não atingível na prática, orienta e filtra toda ação e gestão da qualidade. É também um processo essencialmente cultural e desta forma envolve motivação, compromisso e educação dos participantes da entidade, que são assim estimulados a uma participação de longo prazo no desenvolvimento progressivo dos processos (REF). A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de Acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de qualidade. Nesse sentido, os resultados desse estudo apontam que a instituição de saúde, em suas diversas faces, caminha na direção de proporcionar serviços de saúde que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência de um atendimento de referência, modelo em saúde pública.

Referências

1. FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, p.213-219, 18 fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2010.
2. CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. O Processo de Acreditação Internacional. Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/front/processo_acreditacao.php>. Acesso em: 27 nov. 2010.
3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Accreditation for Hospitals. Disponível em: <<http://www.jointcommissioninternational.org/>>. Acesso em: 27 nov. 2010.
4. KLÜCK, Mariza et al. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. Revista de Administração em Saúde, v. 4, n. 16, p.27-32, set. 2002. Disponível em: <<http://jararaca.ufsm.br/websites/ephusm/download/ARTIGORAS16.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2010.
5. O HCPA e a Acreditação Internacional Disponível em: <<https://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/3095/1309/>>. Acesso em: 26 nov. 2010.
6. OLIVEIRA, David Vital de et al. Acreditação hospitalar como forma de atender com qualidade as necessidades dos clientes nas organizações de saúde. Enagap, Santa Maria, p.1-7, 21 out. 2003. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0207_1201.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2010.
7. Slides Mariza Klück. ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL - Joint Commission International.
8. MEDICI, André Cezar. Autonomia de Gestão de Hospitais Universitários Federais: O Caso do HCPA. Disponível em: <<http://monitordesaude.blogspot.com/2010/11/autonomia-de-gestao-de-hospitais.html>>. Acesso em: 27 nov. 2010.
9. Avaliação Diagnóstica da Acreditação internacional – Educação de Pacientes e Familiares
10. Relatório da Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional no HCPA.

Qualidade e Segurança

P_179_2011 - Análise dos processos de trabalho da farmácia e almoxarifado de um Pronto-Socorro do município de São Paulo

Renata Paccagnella de Picoli, Julianne Rodrigues de Moraes Rosa, Rafael Moraes Pinto, Mariana Wiesel dos Santos, Marina Boralli de Sousa

Resumo: O gerenciamento de medicamentos e correlatos tem sido motivo de preocupação para gestores, visto a totalidade de recursos financeiros envolvidos, a inadequação de infra-estrutura, logística e recursos humanos. Este estudo teve como objetivo analisar os processos de trabalho da farmácia e almoxarifado de um Pronto-Socorro público do município de São Paulo administrado por uma Organização Social de Saúde. Para isso, foi realizada uma análise situacional mediante observação direta e mapeamento dos processos de trabalho junto aos colaboradores deste serviço. Foi sugerida reestruturação e padronização da rotina de trabalho dos colaboradores, com adaptação de infra-estrutura e modificação do ciclo logístico.

Palavras-chave: farmácia, almoxarifado, pronto-socorro, processo de trabalho, logística.

Introdução

Uma parcela considerável das administrações hospitalares e de serviços de saúde não tem estabelecido uma política de modernização, reestruturação e investimento na Atenção Farmacêutica¹. Há uma diversidade de problemas que envolvem: limitações financeiras e orçamentárias; inadequação de infra-estrutura, de operacionalidade e de recursos humanos; como também reflexos provindos da atitude e conduta de gestores e de profissionais envolvidos no processo de prescrição e dispensação de medicamentos^{2,3}.

A capacidade de um serviço de saúde em administrar a logística de medicamentos e materiais médico-hospitalares de forma adequada reflete diretamente na capacidade de oferecer aos seus pacientes bens e serviços de qualidade. É importante que haja um bom controle gerencial para evitar excesso ou falta desses materiais, uma vez que ambas as situações prejudicam o desempenho da organização, gerando gastos adicionais que não agregam valor aos serviços prestados⁴.

Observa-se que, comumente, as ações voltadas à Assistência Farmacêutica são mais focadas no ciclo logístico dos insumos farmacêuticos, como a realização adequada da programação e das aquisições de medicamentos e materiais médico-hospitalares, armazenamento, controle dos estoques, distribuição e transporte adequados⁵. Contudo, torna-se necessário também dar atenção a outras questões, como: maior qualificação de recursos humanos, visando ao desenvolvimento pessoal e profissional dos colaboradores de forma a torná-los hábeis a executarem melhor o seu trabalho, serem mais produtivos, bem como contribuírem para o desenvolvimento organizacional^{5,6,7}; criar e oferecer protocolos, procedimentos operacionais e diretrizes a serem seguidas; efetuar uma seleção adequada de fármacos e insumos de saúde mais eficazes, com melhor custo-efetividade e de qualidade; e dar maior atenção às prescrições e dispensações⁸.

Desta forma, é importante que tanto o ciclo logístico (aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação) quanto os processos de trabalho da farmácia e do almoxarifado sejam readequados, tenham controle rígido, qualidade e racionalidade necessárias. Assim, estará preservada a eficácia e segurança do processo^{8,9}.

Justificativa

Um Pronto-Socorro público do município de São Paulo estava em fase de incorporação por uma Organização Social de Saúde e com isso, havia a necessidade de revisar seus processos.

Em uma análise prévia foram identificadas inadequações físicas e administrativas, contudo, devido à importância do controle de medicamentos e material médico hospitalar, surgiu a necessidade de reestruturação da farmácia e do almoxarifado, bem como seus processos e interações com os outros setores.

É importante ressaltar que sem um controle efetivo das etapas, processos e operações destas duas áreas, pode haver problemas na redução de desperdício e gerenciamento de custos¹⁰.

Torna-se, então, necessário analisar os processos de trabalho e as ações desenvolvidas, bem como o ciclo logístico de medicamentos e materiais médico-hospitalares da farmácia e almoxarifado, de forma a permitir aos gestores a intervenção no planejamento das ações de ambas as áreas.

Objetivo

Este trabalho teve por objetivo analisar os processos de trabalho da farmácia e almoxarifado de um Pronto-Socorro público do município de São Paulo administrado por uma Organização Social de Saúde, sugerindo eventuais melhorias.

Métodos

O presente estudo foi realizado nas áreas de farmácia e almoxarifado de um Pronto-Socorro público do município de São Paulo administrado por uma Organização Social de Saúde. É importante ressaltar que estas áreas ocupam o mesmo espaço físico e utilizam o mesmo quadro de funcionários. Ao todo possuem nove colaboradores, sendo dois Farmacêuticos, um Técnico de farmácia, dois Agentes de Apoio e três Auxiliares Técnicos Administrativos, e fornecem medicamentos e materiais médico-hospitalares para dez setores, que são: Psiquiatria, Medicação, Sutura/Ortopedia, Odontologia, Emergência, Chefia de Enfermagem, Observação Masculina, Observação Feminina, Pediatria e Central de Material de Esterilização.

Com base no objetivo central deste estudo foi realizada uma análise situacional mediante observação direta e mapeamento dos processos de trabalho da farmácia e do almoxarifado do Pronto-Socorro, junto aos colaboradores deste serviço de saúde no período de Agosto a Setembro de 2010.

Foram adquiridas informações a respeito dos processos de trabalho e ciclo logístico, identificando possíveis fatores limitantes, para conseqüentemente, serem feitas sugestões de melhoria para alterações no fluxo e rotina de trabalho.

Resultados

A análise da infra-estrutura demonstrou que além da farmácia e o almoxarifado ocuparem o mesmo espaço físico, também há neste local o estoque de material de escritório e a área administrativa. O local possui seis salas, sendo que em uma delas são localizados os medicamentos a serem distribuídos para o Pronto-Socorro, armazenados em estantes e em armário com chave para o caso dos medicamentos controlados. Em outra sala situa-se a área administrativa e o estoque de material de escritório. Na terceira sala são estocados os itens odontológicos, também em estantes. Já nas três últimas salas localiza-se o estoque das caixas maiores, geralmente em cima de pallets e em algumas estantes.

Além disso, não foram vistos sistema de condicionamento de ar e exaustores, termômetros e higrômetros. Sendo que estes últimos localizam-se apenas na sala de dispensação dos medicamentos, sem haver registros de temperatura e umidade.

Em relação aos processos, foi verificado que a farmácia e o almoxarifado não possuem manual de boas práticas, além de não haver descrição e registro das rotinas.

Quanto à solicitação dos medicamentos e materiais médico-hospitalares para reposição dos estoques, verificou-se que esta é feita semanalmente, baseada em informações contidas em um controle de saída da farmácia e almoxarifado. Não há registros da utilização dos insumos pelos setores, ou seja, do consumo médio mensal, muito menos cronograma de compras. Baseado neste pedido é realizado o abastecimento da farmácia e almoxarifado, conforme disponibilidade da Autarquia, pois segundo relato das Farmacêuticas, as entregas são fracionadas, não havendo um dia bem definido para o pedido ser entregue. Foi relatado ainda que como ocorre constantemente falta de medicamentos e materiais médico-hospitalares, existe um contato frequente com outras unidades para a solicitação de empréstimo ou doação.

No processo de recebimento de fármacos e insumos, notou-se que ocorre uma breve conferência visual da nota fiscal com o conteúdo das caixas, não havendo verificação das especificações técnicas, lote e validade dos produtos.

Quanto à organização do estoque, foi observado que além da farmácia e do almoxarifado, há estoques periféricos, ou seja, materiais médico-hospitalares e medicamentos armazenados dentro dos setores do Pronto-Socorro, como observação masculina e feminina. Também, foi notado que não há padronização da forma de armazenagem dos produtos no pronto-socorro, sendo acondicionados de diversas maneiras, quais sejam: gavetas, armários, caixas plásticas organizadoras, bins e prateleiras. Além disso, foram encontrados itens em locais sem pallets ou bins, no carrinho de parada e em armários localizados embaixo de pias.

Outro ponto importante a ser evidenciado é a ausência de um mecanismo de controle de estoque de medicamentos e materiais médico-hospitalares, tanto no estoque da farmácia e almoxarifado, quanto nos outros setores. Além de alguns controles manuais, são utilizadas planilhas em Excel, sem haver registro de lote e validade dos produtos. Ademais, não há um controle utilizando a metodologia de estoque mínimo disponível, além de não existir um sistema de localização no estoque, ou seja, cada item não tem um endereçamento próprio dentro da área de armazenamento. Ocorre apenas uma identificação dos materiais por um código colado nas estantes ou bins.

Em relação ao controle de lote e validade, por não existir registros, esporadicamente, as Farmacêuticas solicitam que os funcionários verifiquem a validade dos itens nos setores. Isto ocorre de forma aleatória, não havendo uma rotina padronizada a ser seguida. Durante o acompanhamento das atividades foram encontrados, inclusive, medicamentos vencidos nos setores de observação feminina, observação infantil, sala de gesso, além da própria farmácia.

Foi analisada também a distribuição de insumos para os setores. Em um sistema de escala improvisada pelas Farmacêuticas, os colaboradores realizam rodízio, passando nos setores em períodos não regulares para verificação visual da necessidade de reposição dos setores do Pronto-Socorro. Baseado neste pedido, os estoques periféricos são repostos. Caso ocorra a falta de medicamentos e materiais médico-hospitalares durante o dia, o setor pode fazer uma requisição diretamente na farmácia ou almoxarifado. Todavia, notou-se que a prática mais comumente relatada pelos colaboradores dos setores deste serviço é a retirada do item em outro setor.

Outra observação a ser feita é que não há critério para seleção de medicamentos de uso no pronto-socorro. Notou-se que, por exemplo, os medicamentos são solicitados de acordo com o critério de cada médico.

Por fim, a ausência de um sistema de informações no Pronto-Socorro é uma das principais lacunas encontradas. Notou-se que a coleta de dados, na maioria das rotinas e processos, é feita de forma manual e por diversos colaboradores.

Discussão

Visando melhorar a efetividade do trabalho desenvolvido na farmácia e almoxarifado deste Pronto-Socorro, destaca-se a importância de uma adaptação de estrutura, do processo de trabalho e de logística.

Inicialmente, é importante destacar que, algumas ferramentas auxiliam os gestores a desenvolverem um melhor trabalho com os colaboradores destas áreas: criação e uso de manuais de boas práticas para recebimento, armazenamento e dispensação dos medicamentos e materiais médico-hospitalares⁸; treinamento e orientação dos funcionários^{6,7}; padronização dos seus processos de trabalho e criação de rotinas, com a utilização de Procedimento Operacional Padrão (POP)¹¹; utilização de instrumentos de avaliação de desempenho^{6,7}. Os recursos humanos são essenciais para o funcionamento adequado da Assistência Farmacêutica, tornando-se fundamentais para a reestruturação dos processos de trabalho e reorganização da farmácia e do almoxarifado hospitalar¹².

Visto que há inadequação das instalações, evidencia-se a necessidade de definição de espaço físico, adequando-o às condições mínimas exigidas^{8,13}. Devem ser destinadas áreas específicas e separadas para recebimento, armazenamento, expedição e administração (com acesso independente das demais salas). Além disso, é importante ter uma estrutura física interna adequada, como por exemplo: paredes com pelo menos uma abertura recebendo ventilação direta, no mínimo a 2,10 metros do piso e protegida com tela metálica; equipamentos adaptados de acordo com o espaço físico e operacionalidade da farmácia e almoxarifado, como estantes para

medicamentos ou caixas menores, e estrados ou pallets para as caixas maiores; sistema de condicionamento de ar ou ventiladores para o controle de temperatura nas salas de armazenagem dos medicamentos e materiais médico-hospitalares; termohigrômetros para medição da temperatura e umidade; dentre outros^{8,13,14}.

Como existem problemas na contagem de medicamentos nos setores e na elaboração do pedido – com ausência de mecanismos para medir o consumo médio dos itens, verificou-se que havia impactos importantes no abastecimento, acarretando em constantes faltas de medicamentos e materiais médico-hospitalares. Para, então, aprimorar o processo de solicitação destes produtos é interessante a existência de controles de saída e de estorno, a introdução de um sistema de controle do consumo médio mensal (CMM)¹⁴, além da inclusão de um cronograma de aquisição de medicamentos e materiais médico-hospitalares^{4,14}.

A falta de mecanismos de fiscalização e controle no processo de recebimento de fármacos e insumos acarreta perdas frequentes. Portanto, é necessário um maior controle neste processo, de forma que haja uma melhor definição das rotinas a serem realizadas como, por exemplo, verificação da nota fiscal com a cópia do pedido, inspeção e contagem dos itens^{4,14}. Conjuntamente a essas adaptações é necessária a extinção dos estoques periféricos, com melhor controle logístico dos produtos farmacêuticos. Para esta nova configuração é importante a existência de outra adaptação, a utilização de um sistema de distribuição de medicamentos, com foco no atendimento individualizado, ou seja, a dispensação da medicação é feita somente mediante receita ou prontuário do paciente^{4,14,15}.

Além disso, torna-se evidente a elaboração de um estudo para a definição de modelo logístico adequado, de forma a possibilitar uma melhor gestão de estoque. É importante utilizar o sistema de classificação ABC – que permite identificar os itens de acordo com os valores que apresentam. Ainda relacionado à valoração dos estoques, seria interessante que as áreas de farmácia e almoxarifado utilizassem o método FIFO (First In First Out), onde o primeiro item a entrar no estoque é o primeiro a ser utilizado, desta forma é possível realizar também uma melhor utilização dos itens de acordo com a sua data de vencimento^{4,14}.

Outros mecanismos podem ser utilizados, ainda, para aprimorar a gestão do estoque, como: utilização de um sistema de armazenamento, com infra-estrutura e locais adequados para cada tipo de insumo, utilizando um sistema de localização de estoque^{5,16}; realização de inventários, possibilitando a verificação da situação atual do estoque⁴; auditoria dos estoques, tendo como objetivo averiguar as condições em que se encontra o estoque e seus produtos armazenados¹⁴. Além disso, é necessário executar ações que proporcionem melhor segurança no estoque e rastreabilidade dos itens^{4,14,17}.

Tendo como finalidade assegurar uma terapêutica racional, de baixo custo e alinhada com o perfil de atendimento do Pronto-Socorro é importante, também, a criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica¹⁸, ou Comissão de Padronização⁴, de forma a provocar uma reflexão crítica sobre a escolha e a utilização dos fármacos.

Por não haver um sistema de gestão informatizado, ocorrem constantes falhas no fluxo de informações, ocasionando margem de erro elevada, demora excessiva na tabulação e consolidação dos dados, desorganização das atividades e, conseqüentemente, problemas no controle gerencial. Visto isso e visando promover a integração dos setores, otimizar os processos e aumentar a segurança da informação do Pronto-Socorro, torna-se necessária a implantação de um sistema de gestão informatizado. Esse sistema permitirá a otimização de todo o processo logístico e de atendimento da farmácia e almoxarifado, o aumento do controle e segurança da informação, bem como o acompanhamento e avaliação constante do desempenho das atividades desenvolvidas nestas áreas¹⁹.

Conclusão

Nota-se que a farmácia e o almoxarifado deste Pronto-Socorro possuem inadequação de estrutura física e logística, falhas em seus processos, além de ausência de políticas voltadas à educação continuada e bem estar dos colaboradores. Devido à mudança na administração deste serviço de saúde, diversas ações precisavam ser tomadas para que houvesse uma reestruturação dessas áreas.

Através do diagnóstico situacional realizado, foi possível fazer algumas considerações sobre os principais problemas encontrados em ambas as áreas. Isto permitiu a elaboração de sugestões de adaptações, oferecendo aos gestores subsídios para melhoria da qualidade do serviço prestado. Espera-se, assim, que hajam ganhos expressivos na Assistência Farmacêutica, no ciclo logístico da farmácia e do almoxarifado e, essencialmente, em seus processos de trabalho.

Referências Bibliográficas

1. Portugal. Ministério da Saúde. Manual da farmácia hospitalar. Lisboa, 2005.
2. Nascimento Jr. JM. Avaliação da Assistência Farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.
3. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG). Projeto Rede Farmácia de Minas. Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS. Minas Gerais, 2008
4. Barbieri JC, Machline C. Logística hospitalar: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, 2006.
6. Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
7. Malik AM et al. Gestão de Recursos Humanos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania; v.9). Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume09.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2010.
8. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). Manual de estruturação de almoxarifados de medicamentos e produtos para a saúde e de boas práticas de armazenamento e distribuição. São Paulo, 2003.
9. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). Grupo de trabalho armazenamento e distribuição de medicamentos. Proposta de descentralização do abastecimento de medicamentos. São Paulo, 2001.
10. Lopes FS, Souza IA, Ferreira MS. Gestão técnico-administrativa no almoxarifado de medicamentos do ministério da saúde como proposta aos estados. [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília, Curso de Especialização em Gestão Pública da Assistência Farmacêutica, Faculdade de Ciências da Saúde; 2006.
11. Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. 4. ed. Belo Horizonte (MG): Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.
12. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de dispensação em caráter excepcional. Brasília, 2004.
13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
14. Vecina Neto G, Reinhardt Filho W. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania; v.12). Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/visa/publicacoes/_arquivos/Volume12.pdf>. Acesso em: 19 de janeiro de 2011.
15. Coimbra JAH et al. Sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária: reflexões para a prática da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 1998 Out; 6(4): 15-19.
16. Moura RA. Manual de Logística: armazenagem e distribuição física, vol. 2. São Paulo: IMAM, 1997.
17. ABNT. NBR ISO 8402. Gestão da qualidade e garantia da qualidade – terminologia. 1994.
18. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Modelo sugerido para Regimento Interno - Comissão de farmácia e Terapêutica. Disponível em: <http://www.sau.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/regimentocft.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2011.
19. Serafim SA. Impacto da informatização na dispensação de medicamentos em um hospital universitário [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Mestrado em Saúde na Comunidade; 2005.

Indicadores Assistenciais

P_180_2011 - Desafio de uma nova maternidade

Ricardo Andrade Freire

Resumo: O objetivo deste trabalho foi descrever a mudança de estrutura e cultura da maternidade do Hospital. A reestruturação física do Centro de Obstétrico localizado dentro do Centro Cirúrgico para um andar diferente, sendo chamado de Centro de Parto, com característica humanizada com salas de parto individuais, liberdade acompanhante, método não farmacológico para controle de dor e equipe multiprofissional. Os resultados apontaram uma diminuição do índice de cesarianas e aumento das consultas Pronto Socorro Ginecologia e Obstetrícia. Conclusão que as mudanças de estrutura física da maternidade e principalmente da cultura do hospital, resultou no grande progresso na assistência a gestante, melhorando significativamente a relação da paciente com a equipe de saúde e diminuição das cesarianas.

O Desafio

Em março de 2009, iniciou trabalho específico na mudança de estrutura e principalmente da cultura da maternidade do hospital, com um grande desafio de cumprir as metas programadas pela Secretaria do Estado de São Paulo como total de partos realizados no ano, índice de parto cesárea abaixo de 35 % (maternidade alto risco), presença do acompanhante na sala de parto.

O primeiro grande desafio era diminuir os índices de cesáreas que no ultimo trimestre de 2008 foi 42 %.

O segundo desafio era mudar a estrutura e cultura da maternidade, criando um Centro de Parto com uma equipe multiprofissional, com médicos, enfermeiras obstetras, auxiliares de enfermagem, psicóloga e nutricionista.

Iniciado neste período um Plano de Ação com objetivos específicos como:

- Implantar o conceito de Parto Humanizado no hospital junto a diretoria administrativa e médica
- Mudar a estrutura física da maternidade, com a implantação Centro de Parto Normal
- Reestruturação da equipe pessoal de profissionais como médicos, enfermagem, psicóloga, nutricionista e assistente social.
- Treinamento profissional com o objetivo de um trabalho multiprofissional.

A implantação do conceito de Parto Humanizado no hospital junto à diretoria administrativa e médica, seguindo orientações do Ministério da Saúde, visava os seguintes benefícios para a gestante e para o hospital: diminuição de complicações no parto e pós-parto, recuperação mais rápida e completa da paciente, maior conforto para ela, o recém nascido e sua família, com isso obtendo também melhor relacionamento entre a equipe de saúde e os familiares, e diminuição de gastos financeiros.

Mudar a estrutura física da maternidade foi o nosso grande desafio, O hospital funcionava com Centro Obstétrico localizado dentro do Centro Cirúrgico, onde havia 6 leitos de pré-parto e 2 salas de parto, que eram utilizados para parto normal, cesárea e curetagem uterina pós-aborto. Também havia uma sala de pós-operatório, que atendia a algumas pacientes de patologia obstétrica. O Centro Obstétrico era atendido por uma enfermeira não necessariamente especializada na área. Os partos, nem sempre eram realizados por médicos (apesar de o serem na maioria das vezes), e pelo fato de o Centro Obstétrico estar localizado no Centro Cirúrgico, não se podia permitir a presença de um familiar como acompanhante na sala de parto.

A mudança essencial foi a implantação do Centro de Parto no 6º andar, localizado fora do Centro Cirúrgico, com 5 salas individuais de parto, todas com banheiro, chamadas PPP ou suítes de parto, assim conseguimos permitir o acesso de um acompanhante durante o parto. Nesse Centro de Parto havia também três quartos, com dois leitos cada, para tratamento de patologia obstétrica.

O Centro de Parto foi inaugurado no dia 01 de maio de 2009.

Após a mudança física e de procedimentos, houve uma reestruturação de cargos e funções da equipe de profissionais do hospital. A equipe médica de obstetrícia era composta por quatro obstetras de plantão por 24 horas, que atendiam a cerca de 1200 pacientes por mês no pronto socorro, com uma média de 240 partos por mês. Com a mudança passou-se a três médicos obstetras por 24 horas, e foi contratado um médico diarista. A equipe de enfermeiras foi totalmente reestruturada, contratando-se enfermeiras com especialização em obstetrícia, ficando no hospital com 2 enfermeiras obstetras por plantão de 12 horas. Também foi contratada uma coordenadora para essas enfermeiras obstetras. Completou-se o quadro de com uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social, formando-se uma equipe multiprofissional altamente qualificada e adequada a nova estrutura.

A equipe médica foi treinada para uma relação de cooperação bilateral com os outros membros da equipe multiprofissional. O médico diarista passou a ter função de assessorar o coordenador, facilitando a troca de informações entre as equipes, diminuindo atritos e competição o que melhorou efetivamente o relacionamento entre os elementos da equipe. Também era função do diarista o treinamento técnico das enfermeiras, função essa que exercia junto à coordenadora das enfermeiras obstetras.

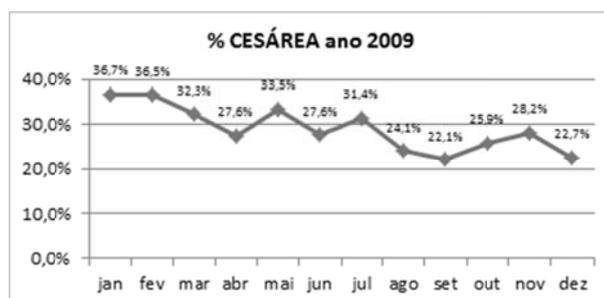
A equipe de enfermeiras obstetras era treinada para realizar partos normais não distócicos, aprendendo ações não medicamentosas para alívio da dor como exercícios pélvicos (fisioterapia, massagens, banhos e estímulo à deambulação).

Com essas medidas conseguiu-se uma melhora assistência ao parto, tanto do ponto de vista de saúde como no aspecto humano. A possibilidade da presença de um acompanhante para a gestante desde o momento da internação em trabalho de parto até o puerpério imediato foi um grande ganho no estado emocional da paciente, diminuindo sua ansiedade, aumentando sua confiança, trazendo a ela e à equipe maior tranquilidade, o que acarreta menor uso de medicamentos, menor número de complicações e, portanto, de procedimentos invasivos. O que também gera menor gasto financeiro.

A paciente agora conta com banheiro privativo, e espaço para deambular, e também com uma auxiliar de enfermagem dedicada exclusivamente ao acompanhamento de sua internação.

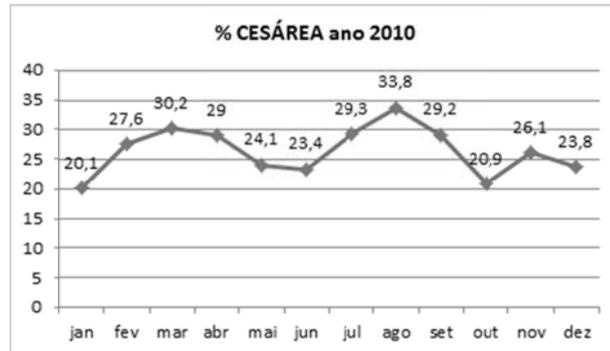
Numero Partos realizados no Hospital em 2009

	jan	fev	mar	abr	maí	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	TOTAL	%
NORMAL	126	153	181	201	154	176	168	178	200	188	166	194	2085	
CESÁREA	76	91	91	78	79	68	77	57	57	67	67	58	866	28,9%
VÁCUO	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	4	
FÓRCEPS	5	5	10	4	3	2	0	1	1	3	3	4	41	
TOTAL	207	249	282	283	236	246	245	237	258	259	238	256	2996	



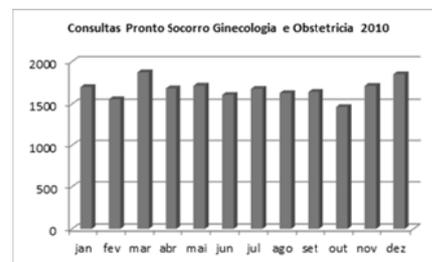
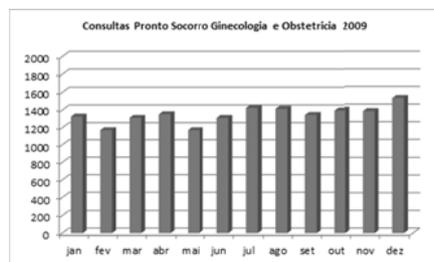
Número Partos realizados no Hospital em 2010

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	TOTAL	%
PARTOS	289	294	308	300	303	286	304	284	260	268	264	294	3454	
NORMAL	231	208	214	211	230	218	213	187	184	208	194	224	2522	26,5%
CESAREA	58	81	93	87	73	67	89	96	76	56	69	70	915	
Forceps/ vacuo	0	5	1	2	0	1	2	1	0	4	1	0	17	



Consultas Pronto Socorro Ginecologia Obstetrícia

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	TOTAL
2009	1327	1174	1313	1353	1174	1312	1425	1416	1346	1395	1379	1528	16142
2010	1704	1559	1873	1689	1722	1612	1684	1632	1646	1467	1720	1851	20.159



Conclusão

O benefício das mudanças implantadas foi claramente percebido não apenas internamente mas também pelas usuárias e pela Secretaria de Saúde do Estado.

Após 6 meses da mudança implantadas da maternidade verificou-se uma grande diminuição do índice de cesárea, sendo que no último trimestre de 2009 a média foi 25,6%, quando comparamos com a média do último trimestre de 2008.

Observou-se também que no ano de 2010, manteve-se a média de 26,5% de cesárea no geral e 26,8% de cesárea em primíparas.

Podemos concluir com esse resultado, que as mudanças de estrutura física da maternidade e principalmente da cultura do hospital, resultou em um grande progresso na assistência a gestante, melhorando significativamente a relação da paciente com a equipe de saúde.

Verificou-se que as medidas adotadas influenciam no bem-estar das pacientes, fazendo com que se sintam mais seguras. Conforme essas pacientes ganham a liberdade de expressão, o trabalho de parto flui de forma mais natural e, portanto, mais fisiológica. A possibilidade de deambulação entre e durante as contrações facilita a fase do trabalho de parto. O andar diminui a sensação dolorosa proporcionada pela contração, levando a uma diminuição da necessidade de administração de analgésicos no trabalho de parto. No período expulsivo do parto, a presença do acompanhante proporciona às parturientes uma sensação de segurança e de confiança que é fundamental nessa fase.

Houve uma melhora rápida na reputação do hospital, refletida em aumento expressivo do número de consultas no pronto socorro da Ginecologia e Obstetrícia, chegando-se no ano de 2010 a uma média de 1679 consultas por mês, o que representa aumento de cerca de 24,8 % quando comparamos com média do ano de 2009.

Referências

- Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Humanização. Brasília: 2000
- Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério, Assistência Humanizada à Mulher, Brasília: 2001
- Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do Parto, Brasília: 2002
- G.Priskulnik, Parto Humanizado: influencias no segmento saúde. Mundo saúde: 33(1):80-88, jan-mar. 2009

Qualidade e Segurança

P_181_2011 - Rede InovarH – Mecanismo de Difusão do Conhecimento

Francisco José Aragão Pedroza Cunha, Hernane Barros de Borges Pereira, Nubia Moura Ribeiro, Vera Lucia Peixoto Santos Mendes

Resumo: Neste artigo é realizada uma revisão bibliográfica sobre redes sociais e complexas, teoria dos grafos e indicadores de redes sociais associada a uma Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH-BA). Assim, proposições podem ser criadas de forma a compreender modelos relacionais para visualizar certos padrões de comportamento dos atores que configuram essa Rede.

Palavras-Chave: Rede Sociais e Complexas; ARS; Rede InovarH-BA.

Introdução

Os modelos de gestão fordista, taylorista e fayolano obliteram mecanismos de transferências de dados e informações, contrapondo os modelos fundamentados em estruturas rizomáticas que potencializam o acesso à informação e à geração, difusão e aplicação de conhecimentos. Essa assertiva caracteriza uma mudança na maneira

dos homens organizarem os processos de produção organizacional por meio de novos padrões de relacionamento para gerar inovações gerenciais: as redes sociais colaborativas.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre redes sociais e complexas, teoria dos grafos e indicadores de redes sociais associando-os a uma Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH-BA). A Rede InovarH-BA é concebida como uma estrutura tecnológica de gestão a viabilizar a difusão dos processos de aprendizagem organizacional, compartilhada e colaborativa com vistas a inovação gerencial nos hospitais.

A configuração de redes dessa natureza é um campo que exige dos sujeitos um novo habitus para alcançar os objetivos institucionais e organizacionais a partir do compromisso social e da subjetividade dos integrantes/sujeitos no espaço político e social [1]. Essas redes assemelham-se a sistemas locais de inovação (SLI) [2] [3]. As premissas de um SLI e do processo cognitivo da aprendizagem organizacional, compartilhada e colaborativa demandam a inserção dos integrantes/sujeitos em um espaço político e social configurado nas emergências de estruturas reticulares, tais como os das redes sociais ou complexas.

Nesse sentido, a abordagem das redes sociais e complexas, os coeficientes e os indicadores propostos pela metodologia dos grafos e da análise de redes sociais (ARS) são recorrentes a análise desta Rede. Assim, proposições podem ser criadas de forma a compreender modelos relacionais desde que dados e informações sejam coletadas para visualizar certos padrões de comportamento entre os atores que compõem os espaços políticos e sociais, os quais configuram a Rede InovarH-Ba,

Redes como Mecanismo de Difusão do Conhecimento

O planeta Terra é constituído de relações, conexões, teias ou elos. Essa constituição caracteriza o fenômeno das redes (networks), ampliado a partir da internet, ratificando a condição dos humanos inseridos em alguma topologia de redes (aleatória, small-world, livre de escala) nem sempre evidentes [4] [5].

O impacto das novas tecnologias de informação e comunicação resignifica e ratifica o comportamento dos humanos em ambientes conectados (linked). As redes assumem uma relevância para os estudos de padrões de relacionamentos entre atores, quais sejam: pessoas, organizações, nações, eventos, dentre outros [4] [5] [6] [7].

A teoria das redes complexas advém da fusão das pesquisas sobre sistemas complexos, da teoria dos grafos, além dos conceitos provenientes da mecânica estatística; aborda a dualidade entre partes que são ao mesmo tempo distintas e interconectadas, o desafio é analisar o sistêmico e a complexidade. Algumas redes sociais são consideradas redes complexas, e essas se expressam como um conjunto de pessoas e/ou organizações que se relacionam para responder a demandas e/ou necessidades da população de maneira integrada. Essa configuração é um meio de tornar eficaz a gestão das políticas sociais, de otimizar a utilização dos recursos disponíveis, de contribuir para a difusão de informações, de criar novos canais de comunicação e de estimular a participação dos segmentos envolvidos, dentre outras ações. Uma rede social é constituída de atores e laços, os quais se interconectam por meio de padrões de relacionamento.

Esses padrões são modelados com base no fluxo de informação desses atores por meio da metodologia de ARS. A ARS é uma área de pesquisa recente, derivada da sociometria e das ciências exatas. Essa última viabiliza cálculos matemáticos e modelagens computacionais antes impossíveis. Tal fato promove a difusão de análises de relacionamentos impactando pesquisas nas áreas sociais, comerciais, acadêmicas-científicas [5] [7]. As redes são representadas na forma de gráficos, matrizes e diagramas gerais, modelando relações entre um grupo de atores. [8].

A visão de uma rede possibilita perceber uma malha dinâmica de diferentes situações e ambiente, seja social ou biológica, superposta à ação dos atores (i.e. agentes ou eventos) e resultante das contribuições de cada um desses. Desta forma, é possível fazer análises modelando o ator não apenas como único, mas também como um grupo e, também, considerar a rede como detentora de certas características comuns a todas as redes sociais.

Um grafo possibilita visualizar um conjunto de vértices e um (ou mais) conjuntos de linhas entre pares de vértices [9]. Esse conjunto de vértices, entendidos como entidades, pode representar atores sociais que se relacionam por meio de trocas materiais (movimentação, proximidade) ou não materiais (informação, sinais elétricos). As diferentes aplicações da metodologia de ARS analisam atores sociais, tais como pessoas e organizações, dentre outros. Essas análises podem tratar das relações desses atores articuladas por meio de fatores como fluxos de informações [8], dentre outras.

A utilização de metodologias específicas de análise e representação das redes sociais, tende a caracterizar o núcleo que dá sustentação ao uso do termo, ao propor procedimentos para estudos desta natureza, os quais podem ser associados ou não a outras metodologias. Freeman [10], Newman [11] e Watts [12] destacam os seguintes componentes em análise de redes:

- vértice, nó ou ator - unidade fundamental de uma rede;
- conexão, aresta ou laço - uma linha que conecta dois vértices; conexão dirigida/não-dirigida - uma conexão é dita dirigida quando se dá em apenas uma direção (quando a conexão se dá em ambas as direções ela é dita não-dirigida);
- grau - número de conexões que partem ou chegam a um vértice (quando o grafo de uma rede é dirigido, existe um grau de entrada, in-degree e um grau de saída, out-degree);
- componente - um componente é o conjunto de vértices que podem atingir e ser atingidos por um dado vértice (quando o grafo é dirigido, seus vértices têm um componente de entrada, in-component e um componente de saída, out-component);
- caminho geodésico (distância) - é o menor caminho entre um vértice e outro de uma rede;
- diâmetro - é o maior caminho geodésico entre dois vértices de uma rede;
- densidade (d) - é a razão entre o número de arestas/relacionamentos existentes em uma rede e o número de arestas/relacionamentos possíveis (i.e. a densidade permite comparar a quantidade de conexões existentes em uma rede, com a quantidade de conexões possíveis de serem realizadas). E.g.: uma rede totalmente conectada a $d = 1$; uma rede totalmente desconectada a $d = 0$;
- distribuição de graus - é um histograma dos graus dos vértices da rede. Esta medida indica a quantidade de vértices que apresentam um dado grau na rede;
- caminho mínimo médio - indica a menor distância a se percorrer para se atingir qualquer vértice da rede;
- coeficientes de aglomeração - fornece a probabilidade de um vértice (v) (e.g. o v A conectado a um v B, está também conectado a um v C vizinho do v B);
- centralidade - as medidas de centralidade indicam a importância de um vértice, ou ator, em relação aos demais atores da rede.

São três as medidas de centralidade mais utilizadas em ARS [10]:

- centralidade de grau - corresponde ao grau de um vértice e destaca sua importância a partir da quantidade de vértices com os quais este tem conexão;
- centralidade de intermediação - determina a importância de um ator, a partir da proximidade desse em relação aos demais atores da rede. Este índice é obtido por meio da centralidade intermediação;
- centralidade de proximidade - indica a importância de um ator como intermediário nas comunicações entre os outros atores. Quanto mais um ator participa das geodésicas entre atores da rede, maior a sua importância como intermediário nessas ligações.

Apesar da crescente complexidade do tema, suas teorias, conceitos e modelos podem ajudar a representar casos reais e práticos de vários tipos de redes de relações, tal como a proposta da Rede InovarH-BA.

3 Rede InovarH-BA

A missão da Rede InovarH-BA é promover o desenvolvimento e a difusão de práticas inovadoras de gestão e aprendizagem em organizações hospitalares, fortalecendo a colaboração interorganizacional dos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado da Bahia.

A Rede é composta por 42 organizações de serviços de saúde (31 hospitais, 04 maternidades, 02 clínicas, 02 bancos de sangue, 02 postos de saúde e 01 serviço de home-care), as quais são interessadas em desenvolver práticas inovadoras de gestão. Adicionalmente, a Rede conta com a participação de organizações do primeiro e do terceiro setor, que são: duas associações (organizações não governamentais) e nove secretarias de saúde de governo, sendo uma estadual e oito municipais. Tal configuração ratifica à de um SLI.

Para operacionalizar as ações proposta da Rede destacam-se os seguintes instrumentos operacionais: a) o Portal www.inovarh.ufba.br; b) o Sistema de Informação Gerencial; c) os eventos presenciais realizados, geralmente nos espaços físicos da Escola de Administração (EA UFBA) e, eventualmente, em espaços de hospitais integrantes da Rede; os cursos de extensão e de pós-graduação lato sensu chancelados por meio da EA UFBA.

Esses instrumentos são associados a atividade de produtos e serviços informacionais. Esta atividade, uma das do processo de gestão da informação, imprime as qualidades que agregam valor à informação; sinalizam, intensificam ou reforçam a utilidade potencial das mensagens no sistema de informação propiciando a difusão do conhecimento. Nesta lógica, oferece uma estrutura para criação de produtos e serviços que levam em conta o ambiente em que os usuários irão utilizar a informação [13].

A Figura 1 modela uma rede de modo duplo a partir de organizações interessadas na temática sobre gestão hospitalar e que participaram dos eventos realizados entre os anos 2006 e 2009 (este último até o mês de junho) promovidos pela coordenação da Rede InovarH-BA [14]. As redes de modo-duplo são redes sociais formadas por dois conjuntos distintos de atores e cada um desses com atributos particulares [8] [9].

O grafo geral foi construído a partir da metodologia ARS com ênfase nas relações entre entidades e não nos atributos dessas. Os dados foram coletados por meio das listas de frequência dos representantes das organizações nos eventos. Participaram dos eventos não apenas organizações integrantes da Rede, mas pessoas interessadas nos temas desses eventos, como estudantes e profissionais de serviços de saúde. Os eventos são diversificados, assumindo caráter de workshops, seminários, mini-cursos e palestras.

A Figura 1 modela um total de 205 organizações (vértices vermelhos) participantes dos eventos (vértices azuis), conectados por 584 arestas. A partir da análise visual é possível chegar a algumas constatações. A organização #141 participou muito nos anos de 2006 e 2007, contrários aos últimos dois anos. Acontecimento semelhante ocorre com a organização #1, bastante frequente nos primeiros três anos, porém reduzindo a sua participação no ano de 2009.

Por outro lado, a organização #103 ampliou sua participação nos eventos nos últimos três anos. A única organização que tem mantido uma taxa de participação elevada ao longo dos eventos realizados é a representada pelo vértice #190. Essas duas organizações parecem ter um know-how considerável da proposta da Rede. Tal fato poderá fazer com essas organizações possam se comprometer em fazer parte da governança da InovarH-BA, ainda em estruturação.

Um caso curioso é da organização #10 cuja taxa de participação é alta, exceto no ano de 2007, não demonstrando uma queda contínua de sua frequência nos eventos, mas apenas um problema com este ano.



Figura 1: Modelagem da Rede de Modo Duplo (Organização-Evento)

4 Conclusões

Compreender a teoria das redes sociais e complexas requer entender algumas propriedades que permitem desenvolver interpretações a cerca do comportamento e características da rede. Os regimes topológicos e os diversos indicadores e configurações obtidos a partir da análise das relações entre vértices e laços permitem inferir comportamentos específicos de uma rede, fato que não poderia ser observado independente de cada componente da mesma.

Se por um lado, a modelagem apresentada neste trabalho possibilita a governança da Rede InovarH-BA a tomar decisões com base nos graus de participação das organizações parceiras e interessadas nos eventos realizados e identificar temas sobre gestão hospitalar de maior relevância para esses atores (e.g.: a decisão de buscar as causas de certas organizações deixarem de colaborar mais ativamente; de identificar organizações para compor a governança da Rede; mapear e difundir iniciativas e experiências de processos de aprendizagem organizacional e de inovação em gestão hospitalar entre as organizações que frequentam os eventos). Por outro lado, é imperioso modelar a Rede InovarH-BA na perspectiva de outros modos de redes, com vistas a identificar o grau de centralidade dos atores, o caminho geodésico dos mesmos, dentre outros índices aplicados a ARS, possibilitando a aferição dos mecanismos de relacionamento dos atores para a difusão de práticas gerenciais entre as organizações hospitalares participantes.

Redes como a InovarH-BA caracterizam um rizoma complexo relacional e dinâmico que traduz histórica e socialmente o que se convencionou chamar de redes colaborativas. Tal configuração trata de um processo que articula diferentes elementos constitutivos, no tempo-espço do jogo societário e da inserção subjetiva dos indivíduos neste processo [16].

A InovarH-BA busca superar dificuldades de comunicação entre os agentes de criação e reprodução de tecnologias, decorrentes do custo de técnicas de interação e de intercâmbio de documentos e mensagens de forma rápida e eficiente. Tais dificuldades limitam o desenvolvimento e a aplicação de novas práticas de gestão nos hospitais, exigindo dos atores um novo habitus.

A atuação em rede e o uso da internet são fatores para o desenvolvimento e difusão de práticas gerenciais na produção das organizações hospitalares. Tais assertivas ratificam novos padrões de relacionamento para gerar inovações organizacionais fundamentados em estruturas rizomáticas

Referências

- [1] BOURDIEU, P.. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papius, 1997.
- [2] SILVA, F. Q.B.; SUASSUNA, M.; MACIEL, S. de M.. Um modelo de desenvolvimento local baseado em inovação e o papel dos parques tecnológicos na sua implantação. Revista da Micro e Pequena Empresa, Campo Limpo Paulista, v.3, n.1, p.25-37, 2009.
- [3] TIDD, J.; BESSANT, J.; PAVITT, K.. Gestão da inovação. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.
- [4] BARABÁSI, A.. Linked (Conectado), A nova ciência dos networks. Como tudo está conectado a tudo e o que isso significa para os negócios, relações sociais e ciências. Brasil: Leopardo Editora, 2009.
- [5] WATTS, D. J. Seis graus de separação: a evolução da ciência de redes em uma era conectada. São Paulo: Leopardo Editora, 2009.
- [6] BARNES, J. A. Social networks. Addison-Wesley Module in Antropology, v.26, p.-29, 1972.
- [7] TOMAÉL, M. I.; MARTELETO, R. M.. Redes sociais: posições dos atores no fluxo da informação. In: Enc. Bibli: R. Eletror. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, n.esp., 1º sem. 2006.

- [8] MATHEUS, R.F.; SILVA, A.B.O. Fundamentação básica para a análise de redes sociais: conceitos, metodologia e modelagem matemática. In: Redes sociais e colaborativas: em informações científicas. Orgs: Dinah Aguiar Población, Rogério Mugnaine, Lúcia Maria S. V. Costa Ramos, resenhas Isaac Epstein. São Paulo: Angellara Editora, 2009, p. 239-287.
- [9] LARA, M.L.G.; LIMA, V.M.A. Termos e conceitos sobre redes sociais colaborativas. In: Redes sociais e colaborativas: em informações científicas. Orgs: Dinah Aguiar Población, Rogério Mugnaine, Lúcia Maria S. V. Costa Ramos, resenhas Isaac Epstein. São Paulo: Angellara Editora, 2009, p. 605-637.
- [10] FREEMAN, L.C. Centrality in social networks: Conceptual clarification. *Social Networks*, no 1, p. 215-239, 1979.
- [11] NEWMAN, M. E. J. The structure and function of complex networks. *SIAM Review*, v. 45, no 2, p. 167-256, 2003.
- [12] WATTS, D. J., STROGATZ S. H. Collective dynamics of small-world networks. *Nature*, no 393, p. 440-442, 1998.
- [13] CHOO, C. W.. A organização do conhecimento. Como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. Tradução de Eliana Rocha. São Paulo: Senac São Paulo, 2003.
- [14] CUNHA, F. J. A. P.; RIBEIRO, N. M.; PEREIRA, H. B. de B. Processos de aprendizagem e redes sociais: um estudo na Rede InovarH-Ba. In: Anais X Encontro Nacional de Pesquisa da ANCIIB – ENANCIB 2009. João Pessoa, Paraíba, 2009.
- [16] LIMA Jr, A. S. de; CUNHA, F.J.A.P. Por uma perspectiva crítica da análise cognitiva de processos de aprendizagem a partir das redes sociais. In: AMORIM, A.; LIMA Jr, A. S. de; MENEZES, J. M. F. de. (orgs.). Educação e contemporaneidade: processos e metamorfoses. Rio de Janeiro: Quartet, 2009, p. 267-295.

Indicadores Assistenciais

P_182_2011 - Utilização de indicadores assistenciais para a tomada de decisões estratégicas em hospitais privados no Município de São Paulo

Walter Cintra Ferreira Jr, Ana Maria Malik

Resumo: Não há consenso sobre a necessidade de leitos por população, internacionalmente, mas é voz corrente que eles estão em redução. Dados do IBGE publicados em 2010 evidenciam esta realidade em termos nacionais, mostrando queda no número de leitos no setor privado, enquanto no setor público eles estão em ascensão. A imprensa diária, porém, aponta aumento na dimensão de infraestrutura de hospitais privados no município de São Paulo. Consultas a bancos de dados, além de entrevistas com tomadores de decisão desses hospitais, mostram diferenças na realidade privada paulistana. Nesta pesquisa evidenciam-se as decisões mencionadas, além de pouca utilização de indicadores formais.

Palavras-chave: indicadores assistenciais, estratégia, hospitais privados,

Introdução

A necessidade de leitos por população é menor em 2011 que era 50 anos antes, pois observa-se redução na média de permanência devida a novas tecnologias (como por exemplo a utilização de novos fármacos, procedimentos minimamente invasivos), diminuição na taxa de ocupação em função da realização, em regime ambulatorial, de atividades cirúrgicas e de quimioterapia, entre outras, e alternativas de assistência domiciliar e em lares abrigados, por exemplo. No entanto, o mercado paulistano de hospitais tem estado aquecido. Desde os anos 1990, se fala da tendência internacional de redução no número de leitos, que tem ocorrido nos países de sistema de saúde universais, com fusão de hospitais, para evitar duplicação de serviços (caso da Austrália e do Canadá). Em outros, verifica-se uma redução em leitos especializados, como no caso de hospitais psiquiátricos, onde ocorre real ambulatorização da assistência (Grã-Bretanha e Itália). Observa-se ainda mudança de finalidade, com a instituição de leitos com características diferentes das dos leitos de agudos, como é o caso de idosos e de cuidados paliativos.

Nos EUA, desde os anos 1970 vige o Certificate of Need, voltado a serviços de saúde, por intermédio do qual (NCSL – www.ncsl.org) se esperava reduzir custos de infraestrutura na área e permitir planejamento coordenado de recursos e construções. (Health planning resources development Act de 1974, que ainda está em vigor em alguns estados. Na Grã Bretanha a introdução de novos serviços ou equipamentos a serem financiados pelo NHS passa por uma análise de custo efetividade, que é determinante. Este país se tornou um dos grande centros internacionais na área de economia da saúde, inclusive pelas demandas dessas políticas. De maneira a permitir à população melhor cuidado com sua própria saúde, e conseqüentemente, utilizar menos os serviços de saúde, o NHS tem um sítio (<http://www.nhs.uk/choiceinthenhs/Pages/Choicehome.aspx>) que oferece ao cidadão oportunidades de escolha em relação a sua saúde (inclusive em seus hábitos).

Por outro lado, observa-se em outros países ou em circunstâncias diferentes o estímulo ao consumo de bens e serviços de saúde, tanto de medicamentos quanto de procedimentos, cuja necessidade é no mínimo discutível. As categorias necessidades, demandas e ofertas em saúde tem nesse assunto um papel preponderante, uma vez que quando se busca racionalizar (e não racionar) recursos uma boa relação entre oferta e necessidade seria desejável.

No Brasil é reconhecido que a população ainda tem muito desejo/muita demanda por um modelo assistencial que a literatura considera superado: assistência médica, conduzida por especialistas, atenção em hospitais, utilização de exames complementares sem necessidade comprovada por evidências e consumo excessivo de medicamentos (que a ANVISA tem tentado regular). Ao mesmo tempo, grande parte dos que têm esse desejo estão à margem da possibilidade de consumo dos bens e dos serviços da saúde.

Duas questões ficam sem resposta: qual a real necessidade em termos de infraestrutura para a área da saúde oferecer assistência adequada e suficiente para a população; quem define o que e como deve ser utilizado. A pergunta que esta pesquisa tentou responder foi como (com que evidências) os tomadores de decisão decidem aumentar a capacidade instalada dos serviços que dirigem.

Objetivos

- Conhecer quais os motivos que estão levando os hospitais privados no município de São Paulo a investir em ampliações em suas estruturas de atendimento.
- Identificar quais as estratégias por estes hospitais e como elas surgem na organização.

Justificativa

No século XXI o gasto em saúde continua crescendo, frente ao aumento da complexidade das novas tecnologias (inclusive as construtivas, que buscam a sustentabilidade), à maior necessidade de serviços por parte da população idosa, crescente em todo o mundo à exceção da África e, de maneira simplificada, à maior quantidade de serviços e de produtos existentes. Não se trata de tentar encontrar o limite para isso, mas de saber o que impulsiona o crescimento dessa oferta. Imagina-se que decisões de investimento sejam precedidas de estudos de viabilidade econômico financeira, mercadológicos e que tais. Aumenta o número de empresas de consultorias especializadas em saúde, que apregoam poder realizar este tipo de análises.

No Brasil, a quantidade de dados e informações a respeito de serviços de saúde é cada vez maior, com diversos bancos de dados públicos (DATASUS, pesquisas como AMS, o site da ANS) e privados (por exemplo, o da ANAHP). Seus sites, frequentemente, contêm dados sobre suas características, e são de livre acesso para qualquer usuário de internet.

Pensando numa política global de saúde e assumindo que algumas lógicas da estratégia consideram os cuidados integrados de saúde, enquanto outras trabalham com o conceito de one stop shop, ou de hospitais gerais ou ainda de hospitais especializados (sempre como alternativos), vale a pena identificar como são tomadas as decisões no setor, na primeira década deste século. Afinal, bem ou mal, trata-se sempre de recursos dos cidadãos, sejam eles colocados do bolso (out of pocket), advindos de tributos (SUS) ou obtidos de renúncia fiscal (vale para as operadoras e para as empresas contratantes de planos de saúde).

Metodologia

O objeto do trabalho foi a ampliação da capacidade instalada de hospitais privados no Município de São Paulo. A seleção dos hospitais a serem estudados foi realizada a partir de matéria de Folha de São Paulo, que documentou a expansão de hospitais privados no Município de São Paulo. Foram abordados todos os hospitais ali mencionados e foram buscados dados dos que se dispuseram a participar da pesquisa. O estudo acabou configurando um estudo de caso, referente aos hospitais privados do Município de São Paulo, no final de 2010, início de 2011, no qual constam diversos casos individuais.

Na revisão bibliográfica foram buscados textos, em livros, periódicos e trabalhos acadêmicos, que tratassem de estratégia e de estratégia em saúde. Além disso, foram estudadas as bases de dados nacionais com estatísticas de saúde e referências que eventualmente documentassem a variação no número de leitos na realidade internacional.

Foi aplicado um roteiro de entrevistas, semi estruturado, feito com base na revisão de literatura e na opinião de especialistas consultados com a finalidade de validar o instrumento, nos tomadores de decisão estratégica dos hospitais considerados ou naqueles gestores por eles indicados para prestar informações estratégicas sobre os serviços em questão. Para todos foi solicitada assinatura em documento de consentimento informado onde os autores se comprometiam com a confidencialidade na identificação dos hospitais estudados. As entrevistas foram sempre agendadas., Foram realizadas por um dos pesquisadores e gravadas. No entanto, estas gravações foram realizadas (sempre com a anuência dos entrevistados) com a finalidade de auxiliar a compreensão das respostas, não para serem transcritas. Foi oferecida aos entrevistados a possibilidade de receberem o roteiro de perguntas ainda não adaptado com antecedência. As entrevistas foram realizadas no período mais curto possível, no mesmo mês, para garantir que a situação ambiental fosse a mesma, independente da percepção dos entrevistados.

Previamente a cada visita era consultado o site do hospital cujo dirigente seria entrevistado, de maneira a direcionar algumas das perguntas à realidade específica do hospital e a não gastar o tempo do tomador de decisões com perguntas cujas respostas poderiam ser obtidas de outra forma.

Resultados

Foram conseguidos contatos com doze hospitais e realizadas entrevistas em dez, durante três semanas. Um dos dois demonstrou interesse no trabalho mas não respondeu aos contatos realizados e no outro dois não houve disponibilidade de agenda dos executivos a serem entrevistados no período considerado. Em média, elas tiveram a duração de 77 minutos.

Diferentemente de outras pesquisas, dois anos mais antigas e realizadas em hospitais filantrópicos, universitário e de ensino, todos os sites foram facilmente acessados e traziam informação pertinente às questões do roteiro. No entanto, alguns deles traziam informações diferentes sobre os mesmos dados dependendo do local do sítio no qual eram procuradas. A consulta ao cadastro nacional de estabelecimentos de saúde – CNES- <http://cnes.datasus.gov.br> implicava em conhecer o número do cadastro nacional de pessoa jurídica - CNPJ da entidade, ou então o seu nome correto, que na maior parte das vezes é diferente do nome fantasia, de conhecimento geral. Ainda sim, os dados disponíveis no CNES em geral, estão desatualizados.

Todos os entrevistados foram aparentemente muito abertos com relação às informações de que dispunham. Metade dos entrevistados eram médicos, todos com algum tipo de especialização em gestão de serviços de saúde ou em economia da saúde. A outra metade era composta por três engenheiros, (um oriundo da indústria de equipamentos médicos, outro de setor diverso da saúde e o terceiro atuando em engenharia hospitalar) e dois administradores (um hospitalar e o outro de empresas). Os três engenheiros referiram formação ou especialização em administração mas não especificamente em administração hospitalar. Nove dos dez entrevistados eram do sexo masculino.

Poucos deles se referiram a estudos de mercado como um fator decisivo para a decisão de ampliação. De fato, apenas três dos entrevistados referiram que o estudo de mercado foi usado como um parâmetro importante para a definição das especialidades médicas a serem ofertadas, sendo que desses, dois com finalidade lucrativa e um sem. A maioria citou a pressão da demanda em função de números de procura pelo serviço, taxas de ocupação observadas. Vários citaram os movimentos de ampliação realizados pela concorrência como um grande fator da tomada de decisões. A maioria fez referência à necessidade de aumento de escala para dar sustentabilidade à incorporação de tecnologia. Empresas externas de planejamento (consultorias) foram utilizadas quase sempre avaliar ou refinar as decisões tomadas e para viabilizar os processos de implantação. O crescimento aparece como uma estratégia inevitável, talvez mais pelas características da indústria da saúde do que apenas pela demanda percebida. Ou seja, não se trata apenas de atender à demanda, mas de no mínimo conseguir manter o seu posicionamento no mercado. A questão da governança corporativa surge em todos e hospitais e a utilização do balanced score card, (BSC) como instrumento de gestão foi referida por todos os entrevistados. Quando questionado sobre a existência de um processo formal de planejamento estratégico, apenas um hospital referiu que faz apenas planejamento orçamentário. Os demais adotaram ou estão em processo de adoção de rotina de planejamento estratégico que em geral, foi implantada juntamente com a utilização do BSC e que contou, em todos os casos, com assessoria profissional especializada externa, pelo menos, na implantação. A reformulação do modelo de gestão corporativa parece caminhar par e passo com os movimentos de ampliações. No entanto, houve um hospital que relatou ter suspenso o projeto de ampliação por uma forte pressão do corpo médico que entendia que primeiro era necessária uma reformulação na governança corporativa. O projeto de ampliação foi retomado anos depois, com uma proposta bem mais acanhada o que em 2011 é percebido como um atraso em relação aos seus potenciais concorrentes.

Um dos entrevistados deixou claro que trabalha com um sonho quando investe na ampliação de sua instituição. Entre esses dois extremos, apareceram outros discursos, mais ou menos estruturados, nas justificativas para a tomada de decisões. O forte componente intuitivo no processo decisório surge em alguns casos de maneira explícita e em outros, de forma mais velada.

Comunicação não apareceu como um problema para nenhum dos entrevistados. Todos referiram trabalhar a comunicação tanto para os seus Conselhos de Administração ou equivalentes, quando era o caso, como para seus funcionários, de todas as categorias. A informação sobre as decisões estratégicas em particular sobre ampliações, foram referidas como disponíveis sem qualquer tipo de restrição ao público interno ou externo, a partir do momento que foram tomadas.

Muitos dos tomadores de decisão consideraram que teriam recursos próprios para a expansão, apenas um dos hospitais não tomou empréstimo junto ao BNDES. Todos justificaram esta opção por considerarem que o dinheiro estava barato. Todos eles – após estudos complexos ou após discussões mais “impressionistas” assumiram que as ampliações se pagariam, de uma forma ou de outra.

As formas de expansão foram distintas, em alguns casos com expansão de leitos na sede, noutros com construção de outras unidades com ou sem internação, outras ainda com introdução de novos serviços ou de procura de clientes em novas localizações dentro do município, ou fora dele. Isto evidencia diferenças nos caminhos de ampliação adotados de pelos decisores dos hospitais. Ficou explícita a percepção – em todos os casos – de que a expansão voltada apenas para um tipo de especialidade não parece uma solução de médio prazo. A percepção predominante de que uma população mais idosa vai gerar casos de maior complexidade e com comorbidades, demandando equipes multiespecialidades e a procura por hospitais competência resolutiva para manter o paciente sob seu cuidado integral. Claramente, a atenção materno-infantil perde espaço principalmente com a atrofia e desativação de serviços de maternidade.

A última pergunta do roteiro foi voltada à definição de estratégia do entrevistado. Neste caso houve uma grande variação nas respostas.

Conclusões

A primeira conclusão é que a maioria das estratégias observadas foram emergentes, devendo-se mais à sensibilidade do tomador de decisão quando não da sua vontade de concretizar um sonho, do que em estudos prévios, falando a favor dos estudos referentes a intuição como relevante no papel do dirigente.

A segunda, decorrente da anterior, tem a ver com a não utilização dos indicadores para o planejamento, ou com um processo de tomada de decisões baseado em informações que, quase que literalmente batem à sua porta, levando a algumas decisões equivocadas, (como constatado em pelo menos um dos hospitais) a serem corrigidas (com mais ou menos custo) a posteriori.

A terceira é que fez diferença na forma de operação dos hospitais considerados a disponibilidade ou não de reservas financeiras, como foi observado em uma dissertação de mestrado sobre estratégia na área de gestão de organizações da área da saúde.

A quarta é a percepção da existência de concorrência, seja em termos de imagem (qualidade da clientela, qualidade da assistência, qualidade do corpo profissional, qualidade dos equipamentos e da infra estrutura), da clientela a que serve (pacientes, diagnósticos e gravidade dos quadros de pacientes e operadoras dos pacientes).

A quinta, finalmente, foi que o assunto sistema de saúde ou planejamento integrado praticamente não é considerado nesse tipo de decisão, bem como parcerias ou alianças estratégicas locais, A rigor são percebidas relações entre cliente e fornecedor. Embora vários hospitais tenham referido a existência de um diálogo com as operadoras, parece ainda não haver maturidade para parcerias entre os terceiro pagadores e os hospitais.

Referências

- Besanko, D., Dranove, D., Shanley, M., & Schaefer, S. (2006). *A economia da estratégia*. (3a ed.) Porto Alegre: Bookman, reimpressão.
- Gadelha, C. A. G. (2003). O complexo industrial da saúde e a necessidade de um dinâmico na economia da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2, 521-35.
- Gadelha, C. A. G. (2006). Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, 40 (n.esp.), 11-23.
- Macedo, R. A. de. (2007) *Análise das Estratégias de Entrada de Mercado adotadas por uma Organização Privada de Saúde: O Caso Fleury 124 f.*
- Malik, A. M. (2001). Oferta em Saúde. *Revista da USP*, 51 set./out./nov.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B., & Lampel, Joseph. (2000) (reimpressão 2006). *Safári de Estratégia um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman.
- Pettigrew, A., Thomas, H., & Whittington, R. (2006). *Handbook of Strategy and Management*. London: Sage Publications Ltd. Paperback edition.
- Porter, M. E. (1991). *Estratégia Competitiva: técnicas para análise de Indústrias e da Concorrência*. 9a Ed. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Porter, M. E. (1996) What is strategy? *Harvard Business Review*, 74(6), 61-78.
- Vecina Neto, G., & Malik, A. M. (2007). Tendências na Assistência Hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12, (4), jul./ago. 825-839.
- Viana, A. L. D. A., & Elias, P. E. M. (2007). Saúde e desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (sup), 1765-77.
- Zucchi, P., Nero, C. D., & Malik, A. M. (1998) Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e oferta dos serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, 32(5): 125-47.

Qualidade e Segurança

P_183_2011 - Organização do processo de trabalho: competências e atribuições do Serviço Social nas Unidades de Saúde

Marina Boralli de Sousa, Renata Paccagnella de Picoli, Julianne Rodrigues de Moraes Rosa, Ana Julia Alves de Faria

Resumo: Conforme a demanda atual de trabalho nas unidades de saúde, a equipe multidisciplinar assume muitas responsabilidades, algumas vezes assumindo excesso de trabalho. Essa sobrecarga pode fazer com que os profissionais deixem de lado algumas atribuições importantes de sua formação. Este artigo busca evidenciar essas questões vivenciadas em unidades de saúde pelo serviço social bem como alertar para importância de reorganização dos processos de trabalho.

Palavras-chave: Serviço Social, Competência profissional, Unidades de Saúde

Introdução

As legislações regulamentadoras de profissões frequentemente utilizam os termos competências e atribuições para indicar as atividades que devem ser exercidas pelas classes profissionais, fato que pode ser observado na Lei Regulamentadora nº 8.662, de 7 de junho de 19931, a qual dispõe sobre a profissão Serviço Social.

Conforme apresentado nessa Lei1, os termos competência e atribuição se correlacionam, indicando que determinada atividade é digna do cargo e pertence à alçada desse indivíduo, representando sua autoridade e influência no assunto.

Conforme publicação do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2009)2 a respeito da atuação de assistentes sociais em unidades de saúde, a equipe e / ou os empregadores, frente às condições de trabalho ou falta de conhecimento das atribuições do assistente social, têm requisitado a realização de diversas atividades aos profissionais. Algumas dessas ações podem ser questionadas e não são atribuições dos mesmos, a saber:

- marcação de consultas e exames;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social.
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares de locomoção) bem como a dispensação destes.

Dentro desse contexto, conforme já publicado pelo CFESS2, o assistente social tem tido dificuldades de dialogar com a equipe de saúde para esclarecer suas atribuições e competências. Este fato deve-se à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde em decorrência das pressões com relação à demanda e da fragmentação do trabalho ainda existente.

Objetivos

Esse trabalho possui como objetivo diagnosticar as atividades realizadas por profissionais do serviço social em unidades de saúde e compará-las com as atribuições preconizadas pela legislação regulamentadora da classe.

Justificativa

A execução de atividades pelo profissional de serviço social que não são de sua atribuição diminui a disponibilidade para realizar atividades que são de sua atribuição, o que pode acarretar prejuízo na qualidade do atendimento prestado ao usuário dos serviços de saúde. Daí a importância de conhecer as atividades que hoje são realizadas nas unidades de saúde e compará-las com o preconizado pela legislação regulamentadora dessa profissão.

Métodos

O trabalho foi realizado durante os meses de abril e maio de 2010, em seis unidades de saúde localizadas no município de São Paulo e administradas sob a forma de Organização Social de Saúde. O desenvolvimento ocorreu em dois momentos:

I. Levantamento das atividades desenvolvidas diariamente pelas assistentes sociais nas unidades de saúde: solicitação de registro pelas assistentes sociais de três semanas de atividades realizadas bem como sua frequência de realização. Esses registros foram em um segundo momento, comparados com o preconizado para a profissão segundo o Conselho Federal de Serviço Social².

II. Aplicação de questionário para as assistentes sociais a fim de verificar sua autopercepção a respeito de suas atribuições: 11 questões, as quais representam de 1 a 10 as competências segundo o, Art.4º Lei Regulamentadora nº. 8.662 (1993)¹ cabendo ao profissional dizer se realiza a atividade e se de fato a identifica como sua atribuição. Apresenta uma questão dissertativa: "Alguma atividade que realiza destoa de suas atribuições?".

Após a análise, os resultados foram apresentados e discutidos com a equipe por meio de reunião.

O estudo contou com a participação de seis assistentes sociais além de uma estagiária de administração, gerentes das unidades de saúde e supervisão da gerente de qualidade da Organização Social de Saúde.

Fases	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Responsáveis
Registro em planilha das atividades realizadas diariamente	X	X	X			Gerente de Qualidade Estagiária Administração Assistentes Sociais
Aplicação de questionário de autopercepção de atribuições			X	X		Estagiária Administração Assistentes Sociais
Análise dos resultados					X	Gerente de Qualidade Estagiária Administração
Apresentação dos Resultados					X	Gerente de Qualidade Gerentes de Unidade Estagiária Administração Assistentes Sociais

Quadro 1- Cronograma de desenvolvimento do projeto

Resultados

Conforme a análise dos registros diários realizados pelas assistentes sociais foram identificadas, segundo previsto pelo CEFSS2 seis atividades que não eram atribuições das mesmas (Quadro 2).

Atividades Atualmente Realizadas pelo Serviço Social	Sugestões de profissionais que poderiam exercê-las
Isenção tarifária: orientações e encaminhamentos Fornecer informações sobre serviços Reserva técnica Requisição de troca de receitas Requisição de atestado Redirecionamento do paciente para áreas da Unidade	Profissionais da Recepção ou triagem

Quadro 2- Atividades realizadas pelo Serviço Social que não são de sua atribuição

As atividades descritas no Quadro 2 fazem parte da rotina diária das assistentes sociais e como não constituem atribuição específica das mesmas, poderiam ser exercidas por profissionais da recepção ou triagem devidamente treinados.

É importante destacar que, segundo Chiavenato³, treinamento relaciona as atuais habilidades com as capacidades exigidas pelo cargo. A orientação que cabe aos gestores é ajudar os recepcionistas ou profissionais de triagem para que utilizem suas principais habilidades e capacidades, de modo a ser tornarem bem-sucedidos na execução dessas tarefas.

Uma das explicações para o fato dos profissionais de serviço social exercerem tais atividades pode ser a falta de conhecimento da equipe sobre as atribuições do serviço social, que acreditam que essas atribuições são do profissional.

Em relação à aplicação de questionários de autopercepção, estes foram entregues por meio da estagiária de administração, individualmente para as seis assistentes sociais, em todas as unidades de saúde.

Tabela 3- Distribuição das respostas ao questionário de autopercepção de atribuições

Competências segundo a Lei Regulamentadora*	Número percentual e absoluto de profissionais que responderam sim à pergunta indicando que realizam a atribuição	Número percentual e absoluto de profissionais que consideram a atividade como sendo de sua atribuição
1	50% (3)	100%
2	50% (3)	100%
3	100%	100%
4	100%	100%
5	100%	100%
6	67%(4)	100%
7	17%(1)	100%
8	17%(1)	83,3%(5)
9	83%(5)	83,3%(5)
10	67%(4)	100%

* Segundo Lei Regulamentadora nº. 8.662, de 7 de junho de 1993

Conforme observado na Tabela 1 apenas três atividades (3,4 e 5) são realizadas por todas as profissionais. As atividades 1 e 2 são realizadas por 50%, totalizando três profissionais e dizem respeito a:

1. Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares.

2. Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço.

As atividades com menor realização (7 e 8) são realizadas apenas por uma assistente social e dizem respeito ao apoio aos movimentos sociais. Essas atividades são:

7. Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas a sociedade civil.

8. Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade.

A esse respeito, em um dos formulários, foi apontado: "A importância do serviço social na UBS é muito mais que um atendimento e encaminhamento. É necessário acompanhamento. É promoção de ações conjuntas com a comunidade". (sic Assistente Social)

Sobre as competências abordadas, segundo Sousa⁴, o assistente social ocupa um lugar privilegiado no mercado de trabalho: na medida em que ele atua diretamente no cotidiano das classes e grupos sociais menos favorecidos, ele tem a real possibilidade de produzir um conhecimento sobre essa mesma realidade. E esse conhecimento é, sem dúvida, o seu principal instrumento de trabalho, pois lhe permite ter a real dimensão das diversas possibilidades de intervenção profissional.

Desta maneira, identificamos algumas atribuições importantes da profissão que estão hoje sendo suprimidas das rotinas de trabalho do profissional.

Devemos destacar também que, as atividades 8 e 9 não são sequer reconhecidas como atribuição por uma das profissionais.

Quanto às respostas à questão dissertativa, estas tiveram adesão de quatro profissionais.

Tabela 4 – Respostas a pergunta: Alguma atividade que realiza destoa de suas atribuições?

Respostas obtidas	Número percentual e absoluto de profissionais que apontaram as atividades
Preenchimento laudo SPTRANS	50% (3)
Ouvidoria	17% (1)

Neste caso, podemos ver que três profissionais reconhecem que a atividade preenchimento de laudo da SPTRANS destoa do que é preconizado como suas atribuições, o que é confirmado por publicação do CFESS². Existe também, a questão sobre atividades relacionadas ao serviço de ouvidoria que de fato não é uma atribuição privativa do serviço social. Porém, o papel de ouvidor pode ser exercido pelos profissionais de serviço social, uma vez que dentro da equipe de saúde é o profissional que faz uma escuta qualificada e diferenciada, o que pode ser identificado através dos princípios do Código de Ética (CFESS, 2009)².

Após a análise dessas informações, foi realizada uma apresentação para as assistentes sociais, gestores de unidade e também da Organização Social de Saúde. Esse encontro possibilitou discussão a respeito das reais atribuições das assistentes sociais bem como as dificuldades enfrentadas em suas rotinas devido a inclusão de outras atividades.

Esse levantamento serve de subsídio para discussão com a equipe de saúde visando a definição das atribuições dos profissionais. Para as assistentes sociais, serve como base para melhor planejamento de suas atividades e fluxos dentro das Unidades de saúde.

Para os gestores da Organização Social de Saúde, foi apontada a questão a respeito de treinamento adequado para a recepção e triagem das Unidades para que possam realizar outras funções de apoio ao usuário. Com essa reorganização, espera-se melhorar a agilidade e qualidade do atendimento além de melhores condições de trabalho ao serviço social.

Conclusões

Os profissionais de serviço social das unidades de saúde analisadas apresentam incorporação de atividades, frequentes em suas rotinas, que não são atribuições. Isto pode gerar um distanciamento entre suas atribuições preconizadas na legislação e as atividades que desempenham.

Esta situação pode ser modificada readequando os processos de trabalho e transferindo essas atividades, após treinamento adequado, para os profissionais que de fato tem atribuição de exercê-las.

Estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho (CFESS, 2009)².

Referências

- BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 - Dispõe sobre a Profissão de Assistente Social e dá outras providências.
- CFESS, Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde – Grupo de trabalho Serviço Social na Saúde, Brasília, março de 2009.
- CHIAVENATO, I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- SOSA, C. T., A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. *Emancipação*, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em <<http://www.uepg.br/emancipacao>>

Qualidade E Segurança

P_184_2011 - Pacientes maiores de 18 anos em Hospital Pediátrico Público Terciário: uma avaliação do impacto nos serviços

Marina Boralli de Sousa, Marta Miranda Leal, Ana Julia Alves de Faria, Renata Paccagnella de Picoli, Mariana Wiesel dos Santos

Resumo: Com o aumento da sobrevida de doenças crônicas, atualmente os hospitais pediátricos enfrentam uma mudança no perfil dos pacientes atendidos. Esse artigo busca analisar a população atendida com 18 anos ou mais de idade por um hospital pediátrico público terciário identificando seu perfil e utilização de serviços. Através dessa análise indica-se a necessidade de criação de novos serviços para receber essa demanda, como de ambulatorios de transição de cuidados e também incorporação de métodos de trabalho adequados.

Palavras-chave: Ambulatório Hospitalar, Pediatria, Pacientes Ambulatoriais, Ambulatório de transição de cuidados

Introdução

O hospital estudado é especializado em atendimentos a crianças e adolescentes, encaminhados da rede SUS, por apresentarem doenças crônicas que demandem atenção terciária. O ambulatório conta com 19 especialidades pediátricas e a faixa etária limite para matrícula é 16 anos. A alta ambulatorial está condicionada à cura, ao controle da doença (com possibilidade de atendimento a nível secundário ou primário) ou à faixa etária de 18 anos, quando o paciente deve ser encaminhado para a clínica de adultos.

O avanço da Medicina, com o desenvolvimento de novas tecnologias, métodos diagnósticos e terapêuticos, tem propiciado uma maior sobrevivência dos pacientes pediátricos portadores de doenças crônicas. A dificuldade em encaminhar esses pacientes maiores de 18 anos para clínicas de adultos é uma realidade no ambulatório do hospital estudado, como conseqüência, estes pacientes continuam no hospital aumentando a demanda nos serviços.

Um outro fator que prejudica o processo de alta hospitalar é o fato de esta também ser uma instituição de ensino e pesquisa, onde os profissionais querem acompanhar a evolução dos casos por mais tempo.

Segundo KAUFMAN e PINZON (2007)¹ o conceito de transição desses pacientes para uso de outros serviços é: "movimento planejado de adolescentes com condições médicas crônicas de um centro pediátrico para um cuidado de saúde orientado para adulto". Este movimento ainda não acontece de uma forma adequada devido a motivos como: a) a estreita relação médico-paciente na pediatria gera segurança para o paciente; b) o atendimento adulto difere do pediátrico, pois é focado no paciente e não na família. Sendo assim exige maior independência do paciente e trabalha com menos recursos multidisciplinares; c) falta de conhecimento dos profissionais em relação à orientação e comunicação com os pacientes em idade de transição para efetuar encaminhamento para outros serviços.

Alguns outros países como Estados Unidos e Canadá vêm há alguns anos discutindo esta questão. Segundo estimativa de KAUFMAN e PINZON (2007)¹, 15% da juventude norte americana possui alguma doença crônica que impacta na saúde e causa algumas limitações em suas vidas.

Segundo estudo publicado por SCAL e IRELAND (2005)², cerca de 20% da população adolescente dos Estados Unidos em 2005 enquadravam-se no grupo que necessita de cuidados especiais com a saúde. Esses jovens são definidos pelos Serviços de Saúde Materno-Infantil como "aqueles que têm ou estão com risco aumentado de desenvolver dano físico, comportamental, emocional e de desenvolvimento, e que também requerem serviços de saúde específicos e em maior quantidade do que as crianças em geral". A cada ano 750.000 pacientes com condições crônicas passam o limiar da idade adulta nos Estados Unidos (2).

Objetivos

Dentro dessa problemática apresentada, o objetivo do estudo é analisar o impacto dos pacientes ambulatoriais no hospital considerando seu perfil, tipos de serviços que utilizam no hospital e tempo que permanecem em seguimento.

Justificativa

A importância em caracterizar a população que continua em seguimento com 18 anos ou mais de idade em um hospital pediátrico de nível terciário está em fornecer subsídios para um diagnóstico acurado da magnitude desse problema, que sobrecarrega o serviço terciário. Os resultados podem embasar o desenvolvimento de soluções visando a um adequado movimento de transição desses pacientes para cuidados de adultos.

Métodos

Foi realizada durante o mês de agosto de 2010 uma análise minuciosa do banco de dados de pacientes ambulatoriais do hospital, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2007.

A amostra estudada foi composta por todos os pacientes ativos no cadastro ambulatorial com 18 anos ou idade superior durante o ano de 2010. Foram excluídos da amostra os pacientes que apresentavam cadastro provisório e também aqueles que somente se cadastraram para doação de órgãos.

Foram levantados os seguintes dados:

- idade;
- especialidades que freqüenta;
- utilização de setores do hospital (consultas ambulatoriais, hospital-dia, internações, número de atendimentos no pronto-socorro) no período de janeiro a julho de 2010;
- realização de exames;
- idade no momento da matrícula;
- tempo de seguimento no hospital.

Resultados

A amostra de pacientes cadastrados e ativos no ambulatório em de 2010 totalizou 1211 pacientes com 18 anos ou mais. A idade máxima dos pacientes cadastrados foi de 50 anos e, segundo a faixa etária, se distribuiu nos grupos conforme Tabela 1. É importante destacar que 53% da amostra encontram-se no grupo etário de 18-19 anos.

Grupo de Idade (anos)	Número de Pacientes	Porcentagem (%)
18-19	653	53,9
20-29	515	42,5
30-39	35	2,9
40-49	7	0,6
50-59	1	0,1
Total	1211	100

Tabela 5- Distribuição dos pacientes com 18 anos ou mais por grupo de idade

As Figuras 1 e 2 mostram a distribuição dos pacientes com 18 anos ou mais segundo as dez especialidades médicas mais freqüentadas no ambulatório. Observa-se na Figura 1, a classificação das 10 especialidades que apresentam maior número de pacientes matriculados. Nota-se, ainda, que as cinco primeiras especialidades possuem um grande impacto no número total, com 74% dos pacientes.

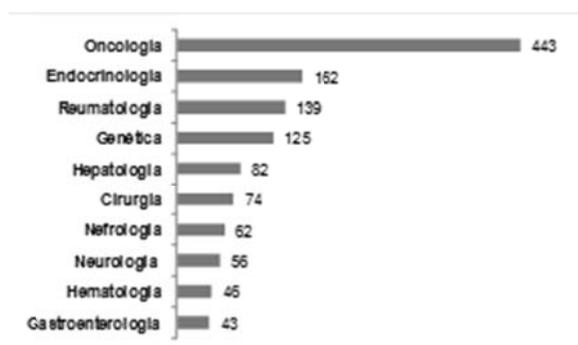


Figura 1- Distribuição dos pacientes com 18 anos ou mais segundo especialidade que frequentam

Conforme análises da Figura 2 foram totalizadas 4074 consultas ambulatoriais entre a amostra, gerando uma média de 3,4 consultas por paciente. As cinco primeiras especialidades realizam 62% das consultas para esses pacientes. A Oncologia representa maior volume em ambas as análises, com 443 pacientes e 1377 consultas.

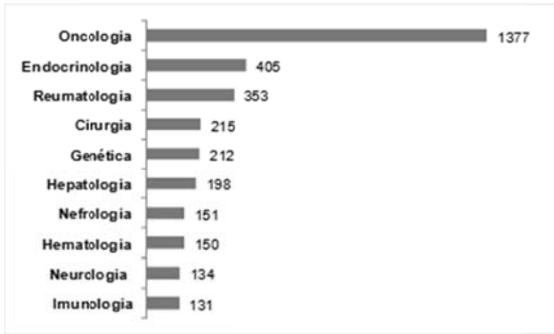


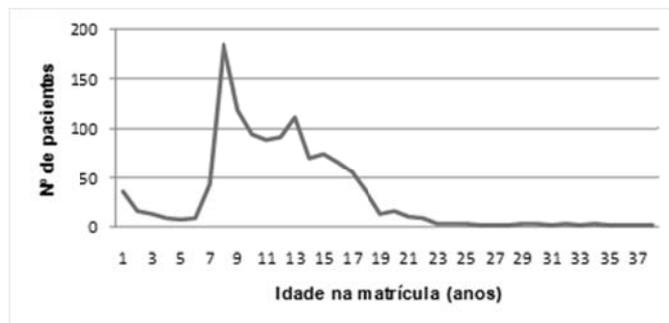
Figura 2- Distribuição de consultas por especialidade nos pacientes com 18 anos ou mais

Quanto à idade do paciente no momento da matrícula, há um maior número absoluto de pacientes que se matriculam na faixa etária de 6 a 7 anos, representando cerca de 19% da amostra (228 pacientes), o que pode ser visto na Figura 3. A Tabela 2 aponta que a maioria da amostra (60%) é matriculada até os 11 anos de idade.

Existe também um maior número absoluto de pacientes que encontram em seguimento entre 11 e 12 anos no hospital, representando cerca de 50% da amostra (600 pacientes).

Através da análise da idade de matrícula e tempo de seguimento desses pacientes entende-se que o grande número de pacientes maiores de 18 anos atendidos nesse hospital, está relacionado ao grande tempo de seguimento de acordo com o caráter crônico das doenças e não a idade de matrícula tardia.

Figura 3 – Distribuição dos pacientes com 18 anos ou mais segundo a idade que possuíam no momento da matrícula no hospital



Idade da matrícula	Número de Pacientes	Frequência Acumulada
0 a 1	51	4,3%
2 a 3	22	6,1%
4 a 5	16	7,5%
6 a 7	228	26,6%
8 a 9	214	44,5%
10 a 11	179	59,6%
12 a 13	182	74,8%
14 a 15	140	86,6%
16 a 17	90	94,1%
18 ou mais	70	100,0%

Tabela 6 – Distribuição detalhada dos pacientes com 18 anos ou mais segundo a idade no momento da matrícula no hospital

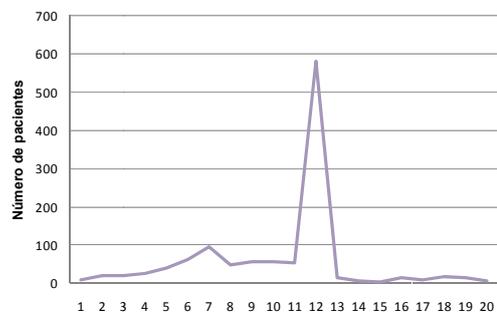


Figura 4- Distribuição do tempo de seguimento dos pacientes com 18 anos ou mais dos no hospital (em anos)

A demanda dos pacientes com 18 anos ou mais para os diversos setores do hospital foi analisada neste estudo. O maior percentual de utilização por esse grupo estava em observações em hospital-dia e consultas ambulatoriais, conforme distribuição mostrada nas figuras 5 e 6. Essa demanda representa 11% da utilização do hospital-dia e 9% das consultas ambulatoriais realizadas pelo hospital.

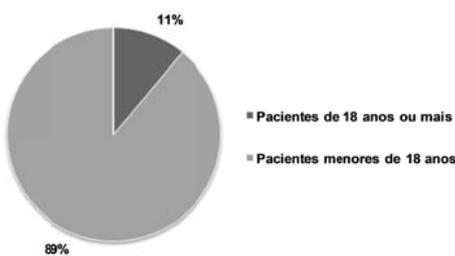


Figura 5- Utilização do Hospital-dia segundo pacientes com faixa etária de 18 anos ou mais e menores de 18 anos (período de Janeiro a Julho 2010)



Figura 6- Utilização dos serviços de consulta ambulatorial segundo pacientes com faixa etária de 18 anos ou mais e menores de 18 anos (período de Janeiro a Julho 2010)

Por outro lado, a demanda para internação e pronto-socorro em pacientes com 18 anos ou mais é menos expressiva (Tabela 3). Isto deve-se provavelmente às instruções dadas aos funcionários destas unidades, no sentido de efetuar maior controle na entrada desses pacientes no hospital.

Setores do Instituto	Pacientes maiores de 18 anos	Porcentagem de uso por esse grupo
Internações	53	0,1%
Pronto-Socorro	53	0,4%

Tabela 7- Número absoluto e porcentagem de pacientes com 18 anos ou mais internados e atendidos em pronto-socorro entre Janeiro e Julho de 2010.

A utilização dos serviços de apoio diagnóstico, como visto na Figura 7, indica que 17,3% dos pacientes com 18 anos ou mais realizam ao menos um exame de imagem e na Figura 8 48,6% realizam ao menos um exame laboratorial.

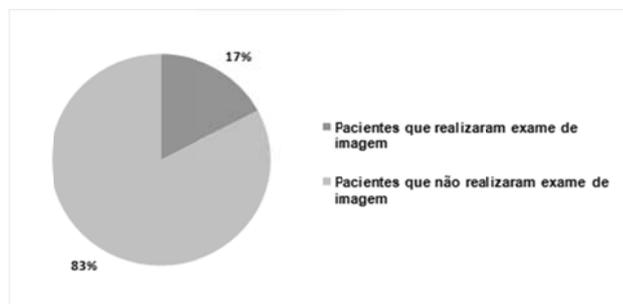


Figura 7 – Distribuição dos pacientes com 18 anos ou mais entre aqueles que realizaram ou não realizaram exames de imagens

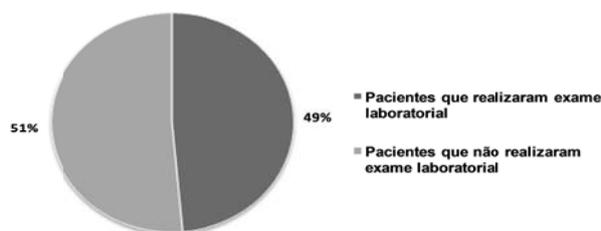


Figura 8 - Distribuição dos pacientes com 18 anos ou mais entre aqueles que realizaram ou não realizaram exames laboratoriais

Conclusões

A população de 18 anos ou mais atendidos no hospital pediátrico estudado está distribuída de forma decrescente conforme o aumento da idade. A maioria (74%) destes pacientes concentra-se em 5 especialidades. Portanto, mudanças que atinjam estas especialidades já causariam bastante impacto na demanda para a instituição, e, por isso, devem ser o foco inicial para o planejamento de transição dos pacientes. A criação desses ambulatórios resultariam em aumento de vagas para a população menor de 18 anos que é o alvo do hospital.

Foi observado que os pacientes de 18 anos ou mais representam uma grande demanda para o ambulatório e hospital-dia, porém pouco interferem nos serviços de internação e emergência.

Algumas sugestões foram elaboradas a partir da realidade evidenciada no estudo como:

- desenvolvimento de um plano escrito sobre os cuidados necessários para a vida adulta;
- divulgação sobre importância de cuidados de transição para todas os profissionais das diferentes especialidades do Hospital;
- criação de ambulatório de transição para as especialidades que concentram essa população (a curto prazo) e para todas as especialidades ambulatoriais (a longo prazo);
- elaboração de um guia adaptado para população brasileira sobre transição de cuidados que educa os jovens adultos e familiares sobre a importância de estar envolvido nesse processo, baseado na publicação de GILMAN (2005)3.

Referências

- KAUFMAN, M. PINZON, J. Transition to adult care for youth with special health care needs. Sociedade Pediátrica Canadense *Pediatric Child Health*. Vol 12 nº 9: 785-789, 2007.
- SCAL, P.; IRELAND, M. Addressing Transition to Adult Health Care for Adolescents With Special Health Care Needs. *Pediatrics*. nº 115:1607-1612, 2005.
- GILMAN, D. Transition to Adult Health Care: A Training Guide in Two Parts. Waisman Center, University of Wisconsin-Madison and University Center for Excellence in Developmental Disabilities. 2005

Qualidade e Segurança

P_185_2011 - Fluxo do cliente no Ambulatório de Gastrocirurgia

Ingyrd da Costa Cerqueira, Maria D'Innocenzo

Resumo: Objetivo: Descrever o fluxo de atendimento ao cliente no ambulatório de gastrocirurgia, observar e analisar os processos aos quais ele é submetido. Métodos: Pesquisa descritiva exploratória, realizada através da observação do atendimento aos clientes e entrevista com funcionários de cada setor do ambulatório em que o cliente é atendido. Resultados: Fluxograma atual do atendimento ao cliente no ambulatório de gastrocirurgia Conclusão: Os resultados obtidos permitem identificar alguns nós críticos durante o atendimento ao cliente.

Palavras-chaves: Enfermagem, Gestão por Processos, Gestão da Qualidade na Saúde, Pacientes Ambulatoriais.

Introdução

O sistema ambulatorial alimenta a demanda hospitalar, e quando apresenta alta resolutibilidade, contribui para a qualidade do serviço e qualidade de vida do cliente através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Dessa maneira evitam-se futuras internações, refletindo em uma redução dos custos.

O presente estudo tem como propósito descrever o fluxo do cliente no Ambulatório de Gastrocirurgia de um Hospital Universitário da cidade de São Paulo. O prédio dos ambulatórios atende vinte especialidades divididas em sub-especialidades, onde o Setor de Gastrocirurgia possui oito sub-especialidades que são divididas em dias da semana para atendimento, sendo elas: Bariátrica, Curativo, Esôfago-Estômago-Duodeno (EED), Fígado, Vias biliares e Pâncreas (FBP), IHérnia, Portal Parede, Protologia e Unidade Básica de Saúde (UBS), atendendo em média trinta e dois paciente por dia.

O fluxo do atendimento possibilita organizar o serviço para acolher o usuário, considerando a importância do trabalho em equipe multiprofissional. Desta maneira, o serviço torna-se mais qualificado, o que permite um cuidado mais elaborado e integralizado, com possibilidades de avaliação de processos de trabalho e de resultados na promoção à saúde da população. A organização das ações pode trazer benefícios não só para a população atendida, mas também para os profissionais de saúde e para a própria instituição.

Há três grupos que devem ser levados em consideração para definir o que é qualidade em saúde ou na assistência à saúde: cidadãos, técnicos envolvidos e os tomadores de decisão. Há muitos julgamentos possíveis a respeito da qualidade, e para evitar que a prestação de serviços apresente muita variação, diversos critérios devem ser seguidos, principalmente em relação a estrutura, ao processo e às formas de realizar a produção.

A tríade mais conhecida para avaliação dos serviços de saúde foi descrita por Avedis Donabedian, em meados de 1960, na qual conceituou três aspectos desta abordagem. São eles:⁴

Estrutura: são características mais estáveis da assistência à saúde. Envolve estrutura física, disponibilidade de equipamentos, capacitação dos indivíduos que prestam assistência, organização dos serviços, recursos de instalações (acomodação, acesso, facilidade de locomoção, espaço e circulação do local que o cliente é cuidado).⁵

Processo: abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais e os clientes. Fornece base para a valorização da qualidade, uma vez que são através destas relações que se obtém os resultados da assistência.⁵

Resultado: é a consequência do trabalho realizado na assistência, refletindo as mudanças observadas no estado de saúde, organização e o grau de satisfação do cliente.⁵

Justificativa

Reconhecer o problema é o primeiro passo para poder agir sobre ele e evitar que se repita ou perpetue. Expor-se à avaliação, é correr o risco e estar disposto a ser considerado menos perfeito do que se gostaria. Em contrapartida, é aumentar a possibilidade de ter, ao final, resultados melhores do que teria sem ela.⁵

Um estudo voltado para a definição do fluxo do cliente no ambulatório, visando identificar possíveis falhas nos processos, é fundamental para que futuramente estas falhas sejam corrigidas. Com isto é possível contribuir para uma atuação de maior qualidade dos profissionais, e conseqüentemente oferecer maior qualidade de vida ao cliente, aumentando a satisfação do mesmo em relação ao serviço e por fim diminuir a sobrecarga hospitalar.

Objetivo

Descrever o fluxo de atendimento ao cliente no ambulatório de gastrocirurgia, observar e analisar os processos aos quais ele é submetido.

Método

Pesquisa descritiva exploratória, realizada através da observação do atendimento aos clientes e entrevista com funcionários de cada setor do ambulatório em que o cliente é atendido.

Resultado

Através da observação do atendimento ao cliente e informações colhidas no ambulatório, foi possível definir o fluxograma atual do atendimento ao cliente no ambulatório de gastrocirurgia (vide Apêndice A) onde podem ser seguidos três caminhos distintos:

1) Cliente comparece para consulta médica agendada, é atendido por ordem de chegada, onde no primeiro momento é feita abertura de ficha na recepção que consiste em confirmar se o cliente está cadastrado no sistema e se a consulta está agendada, prontuário do cliente é separado por ordem de chegada. O funcionário responsável recolhe os prontuários e entrega no consultório médico. O cliente aguarda ser chamado pelo médico (2 andar), e após ser chamado é avaliado, podendo seguir três caminhos após a consulta:

- lista de espera para cirurgia. Médico preenche impresso denominado Formulário de inclusão de pacientes em lista de espera, que é entregue pelo paciente na recepção. O funcionário insere cliente na lista de espera. O cliente aguarda ser chamado para cirurgia, que acontece no Hospital Universitário. A etapa do cliente no hospital merece futuramente ter seu fluxo estudado.

- agendamento de retorno e/ou exames;

- ou alta do ambulatório de gastrocirurgia.

2) Para agendamento de consulta e/ou exame, cliente deve ir até o setor de marcação de consultas, retirar uma senha e aguardar. Para realização do agendamento é necessário um impresso de interconsulta ou encaminhamento proveniente da Unidade Básica de Saúde (UBS), pronto socorro, do próprio ambulatório de gastrocirurgia, ou outro ambulatório. O funcionário verifica se há vaga disponível, se sim, consulta e/ou exame é agendado, caso contrário o cliente é orientado a procurar UBS ou retornar outro dia ao ambulatório para tentar agendamento.

3) O cliente também pode ir até o ambulatório para realização de curativo, que não necessita de agendamento prévio, apenas impresso de interconsulta. Na maioria das vezes o curativo consiste de retirada de pontos pós-cirurgia. O cliente entra em fila por ordem de chegada, aguarda ser atendido pela recepção, e quando atendido, a abertura de ficha que consiste em verificar se cliente está cadastrado no sistema é realizada, o impresso de pedido interconsulta é grampeado junto ao impresso multiprofissional e separado por ordem de chegada. O funcionário responsável recolhe os impressos e entrega na sala de procedimentos. O cliente é avaliado pelo médico e o auxiliar de enfermagem realiza o curativo. Havendo necessidade de retorno, o médico entrega ao paciente pedido de interconsulta para curativo, caso contrário, cliente termina seu processo de curativo.

Conclusão

O objetivo do estudo foi alcançado e os resultados permitem identificar alguns nós críticos durante o atendimento ao cliente. No próximo estudo, que consistirá na aplicação de questionário para avaliação da satisfação do cliente, serão sugeridas formas de melhoria para otimizar o fluxo do atendimento e os recursos físicos e humanos em benefício do cliente.

A partir deste estudo, percebe-se que o fluxograma de atendimento do cliente no Hospital Universitário durante a cirurgia necessita ser estruturado, para completar todo o processo de atendimento ao cliente da gastrocirurgia.

O estudo pode servir de exemplo para que se construam fluxogramas em todas especialidades ambulatoriais, para identificar os componentes e o comportamento do processo.

Referências

- 1 Bittar, OJNV. Artigo de Revisão: Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Revista da Associação. Medica Brasileira. Volume:46 n.1 São Paulo Jan./Mar. 2000
- 2 Schmitt, S. Fluxo do Atendimento aos Portadores de Anemia Falciforme em um Hospital Geral de Referência. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Administração – PPGA – Curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde. - Porto Alegre 2006.
- 3 Malik AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, Auditoriais, Certificações: Ferramenta de qualidade para gestão em saúde. Ed. Martinari. 2006. São Paulo. Páginas: 22-7
- 4 Feldman LB, Cunha ICKO. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. Revista Latino-americana de Enfermagem 2006 julho-agosto
- 5 D'innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM. Indicadores, Auditoriais, Certificações: Ferramenta de qualidade para gestão em saúde. Ed. Martinari. 2006. São Paulo. Páginas: 90-1, 122-3.

Qualidade e Segurança

P_186_2011 - Gerenciamento do risco nos hospitais socialmente necessários de Minas Gerais

Stefânia Mereciana Gomes Ferreira, Mayra da Silva Pinto, Lismar Isis Campos, Karine Coutinho dos Santos, André Luiz Pereira

Palavras-chave: qualidade hospitalar; gerenciamento do risco, Prohosp.

Introdução

O tema qualidade encontra-se em destaque no cenário mundial atual, principalmente nas instituições de saúde. É consenso, que a busca pela qualidade não é recente, porém nos últimos anos, ela tem ocorrido em escala mundial devido a diversos fatores (FRANCO, CAMPOS, WAGNER, 1998).

Segundo Kisil (2003) e Sampaio (2004), os principais problemas relacionados com a qualidade hospitalar são: erros ou atrasos nos diagnósticos; falhas em seguir procedimentos recomendados; falhas em realizar operações e exames usando procedimentos apropriados; falhas na seleção e na prescrição de tratamentos; falhas na assistência farmacêutica; atrasos desnecessários no tratamento e no compartilhamento de resultados de exames; uso de tratamento incorreto ou impróprio; falhas no uso de procedimentos profiláticos; fragilidade dos sistemas de monitoramento, revisão e controle; problemas com equipamentos; e falta de educação permanente para os profissionais.

Diante destes entraves, a aplicação de programas de qualidade surge com o intuito de incrementar o gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços (CAMACHO, 1998).

Feldman, Gatto e Cunha (2003), acrescentam ainda, que qualidade é um fenômeno continuado de aprimoramento, que visa dentro das instituições, estabelecer progressivamente os padrões, resultado dos estudos de séries históricas na mesma organização ou de comparação com outras organizações semelhantes, em busca do defeito zero.

A qualidade dentro das instituições de saúde pode ser alcançada quando estas utilizam tecnologias efetivas, com segurança para profissionais e usuários, ofertando serviços através das necessidades reais da clientela e de forma equânime, eficiente e humanizada, buscando assegurar a satisfação do usuário (OPAS/ OMS, 2004).

Uma das formas de diagnosticar as fragilidades e propor formas de intervenção nas instituições empregadoras, alcançando a qualidade, constitui-se na análise dos riscos.

Determinar o risco em saúde é compreender e intervir nas diversas possibilidades de dano, como: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano. Por isso, sua mensuração é fundamental, para que se desenvolvam as adequadas formas de promoção e proteção à saúde. Além de o risco ser compreendido como a probabilidade de ocorrência de um evento adverso, ele também pode ser classificado como um evento sentinela que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade onde está inserido.

Diante deste contexto, no ano de 2008, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) implantou como reforço ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais (PRO-HOSP), o Programa de Gestão da Qualidade, com o intuito de qualificar a gestão dos Hospitais PRO-HOSP (CAMPOS, 2008).

Para tanto, foi estabelecido um acordo entre a SES/MG com o Banco Mundial, no qual 75% dos hospitais integrantes do PRO-HOSP, receberiam o Diagnóstico Organizacional ONA (DO-ONA) até o ano de 2011, como uma das estratégias de qualificação dessas instituições. Até o ano de 2009, 45 hospitais receberam o diagnóstico, e em 2010 mais 35 hospitais receberam o diagnóstico. (CAMPOS, 2009).

Pautado nestes hospitais que receberam a visita da instituição acreditadora no ano de 2010, verifica-se que a maioria não apresenta uma política de gerenciamento de risco. Portanto, o estudo tem por objetivo descrever a implantação e os benefícios do processo de gerenciamento do risco na área da saúde já que este processo pode ser considerado um gargalo para as instituições de saúde para a garantia da segurança e satisfação de seus clientes.

2. Justificativa

Sabe-se que o gerenciamento do risco é um pré-requisito para que ocorra uma gestão com qualidade nível I da acreditação. Por isso, verifica-se que este estudo é eficaz para conhecimento e esclarecimento, para as instituições prestadoras de serviço de saúde e profissionais da área, sobre o que é gerenciamento dos riscos e quais os benefícios de sua implantação.

3. Métodos

Com vistas a alcançar o objetivo proposto, inicialmente foi realizado um levantamento de dados em busca eletrônica nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Este levantamento teve por objetivo, encontrar textos que abordassem o tema gerenciamento de risco. Durante a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: qualidade hospitalar; gerenciamento do risco, Prohosp. Em seguida foi realizada uma leitura prévia do título e resumo dos textos, sendo incluídos os de língua portuguesa, publicados a partir de 1998, e que retratam o tema a ser estudado. Foram selecionados 11 artigos, 1 livro, 1 texto na língua inglesa e uma portaria, que serviram como fonte de informação e embasamento, para a construção do texto. Além da pesquisa científica, o estudo tem como referência um relatório Simplificado Global contendo os pontos fortes e as oportunidades de melhoria encontradas nas 35 instituições visitadas em 2010 realizado por uma instituição acreditadora e disponibilizado a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Este relatório foi aplicado pela empresa acreditadora e contém informações como os pontos fortes e as oportunidades de melhoria encontradas nas instituições. Tendo em vista o tema de discussão deste trabalho, toda a análise do relatório simplificado, foi embasada nas questões que envolvem o gerenciamento do risco nas instituições avaliadas.

4. Resultados

Após a compilação dos dados encontrados no relatório simplificado, verificou-se que dos 35 hospitais PRO-HOSP visitados, 100% não apresentam política de gerenciamento dos riscos em suas instituições. Este dado demonstra a verdadeira realidade dos hospitais socialmente necessários de Minas Gerais, que não oferecem, na maioria das vezes, um serviço pautado na gestão da qualidade com foco segurança dos seus processos assistenciais.

Para alcançar a qualidade deve-se promover uma mudança no modelo de gestão da instituição que deve ser pautada na segurança, com minimização dos riscos e eventos adversos. Deve ser ainda baseada em evidências científicas, através de realizações de avaliações tecnológicas e econômicas (BRASIL, 2006).

A assistência à saúde é por princípio uma atividade de risco, por isto, as organizações ao fazerem à gestão da segurança, estão aprimorando e ampliando a qualidade de seus serviços. (CAMPOS, 2008).

O enfoque de risco é uma filosofia de trabalho de caráter essencialmente preventivo e é fundamento para a programação da assistência à saúde. Constitui uma oportunidade para integrar a clínica com a epidemiologia, a administração e o planejamento em saúde garantindo assim a qualidade da assistência.

A abordagem sistêmica dos riscos tem como norma ajustar o sistema e torná-lo mais seguro do que mudar as condições humanas. Esta é a diretriz da política de gerenciamento do risco, definido como: pensamento organizacional focado na idéia de evitar decisões gerenciais falíveis dando início a uma sucessão de falhas latentes

que potencializarão a ocorrência de acidentes. Para a implantação do gerenciamento do risco é necessária uma política organizacional advinda das lideranças das organizações de saúde, que elaborem e apoiem uma Comissão de Gerenciamento do Risco atuante, pró-ativa e com abordagem multiprofissional (FNQ, 2007 & MENDES, 2009).

Podemos dizer que a gestão do risco inclui minimamente:

- Identificação do risco (o que, onde, quando, porque e como).
- Identificação das partes envolvidas.

- A avaliação do risco (Processo de comparação entre os níveis de risco e os critérios de riscos).

- Ações de tratamento de risco (Processo de seleção e implementação de medidas para modificar um risco) seja por redução de Riscos (Ações tomadas para diminuir a probabilidade e/ou consequências negativas, ou ambas, associadas a um risco) seja por Retenção de riscos (Aceitação do ônus de uma perda) ou por Compartilhamento dos Riscos (Compartilhar com uma outra parte o ônus de uma perda). (IQG, 2009)

Para a elaboração de um plano de gerenciamento de risco é importante a avaliação do cenário interno e externo da instituição, na qual devem ser levadas em consideração as partes interessadas e a capacidade de organização para satisfazê-los. Este plano deve ser adequado a cada realidade da instituição e, ao mesmo tempo, revisado periodicamente para atualização dos dados que podem ser alterados.

A política de gestão do risco segue as seguintes etapas:

- Registro de todos os eventos
- Classificação por grau de importância e/ou magnitude
- Seleção dos eventos com repercussões graves para estudo metodológico e ações diretas
- Capacitação dos colaboradores para controlar situações evitáveis

Para obter políticas de saúde que resultem em ganhos expressivos na qualidade da assistência prestada com foco na segurança do usuário é necessário ter dados que programem as melhorias sistêmicas, estudando e aprendendo com as lições vivenciadas, realizar registros, análise dos processos e dos dados notificados, que servem como norteadores para as capacitações dos profissionais estratégicos das instituições (focadas nas reais necessidades do sistema de saúde). (CAMPOS, 2004 & FNQ, 2007)

Dessa forma, os hospitais que aprendem a gerenciar seus riscos conseguiram minimizar muito os agravos e eventos adversos presentes nas instituições. Pois, somente com a aplicação da política de gerenciamento de risco que haverá melhora no planejamento da instituição, na tomada de decisões, no desempenho e eficácia dos serviços ofertados, além da diminuição dos custos e dos óbitos causados por falta de gerenciamento.

5. Conclusão

Através deste estudo identificou-se que os hospitais socialmente necessários avaliados em 2010, apresentam padrões de inconformidades relacionadas ao gerenciamento do risco. Ou seja, 100% das instituições analisadas não desempenham atividades relacionadas à segurança nos processos, o que evidencia a realidade da prestação de serviços. Por isso, é necessário que sejam tomadas medidas de capacitação e sensibilização dos profissionais, principalmente os líderes, estimulando-os na implantação de ações de viabilizem a qualidade dos serviços prestados.

Referências

- BRASIL. Portaria No 2.468, 13 de outubro de 2006. Dispõe sobre o termo de referência da qualidade hospitalar.
- BROWN, P.; McARTHUR, C.; NEWBY, L. et alii. Cost of medical injury in New Zealand: a retrospective cohort study. *J Health Serv Res Policy (Suppl)*. n. 1, p. S29-S34, jul. 2002.
- CAMACHO, JLT. Qualidade total para os serviços de saúde. Nobel, São Paulo. 1998.
- CAMPOS L., GASTAL F., COUTO R.. Estudo sobre Impacto da Implantação da Acreditação ONA em Hospitais Acreditados no Nível 3 [Tese de mestrado] Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
- CAMPOS, L. I., OLIVEIRA, B. R., CORREA, N. M. N., TEODORO, H. C., FERREIRA, S. G., PEREIRA, A. L., LINHARES, M. B. A política de gestão da qualidade hospitalar no Estado de Minas Gerais: pioneirismo, alinhamento estratégico e primeiros resultados. Belo Horizonte. 2009. Mimeo.
- CAMPOS, V. F. Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia. Nova Lima: INDC, 2004.
- FELDMAN, L., GATTO M., CUNHA I. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta paul. enferm.* [serial on the Internet]. 2005 Junho; 18(2): 213-219.
- FRANCO, S., CAMPOS G., WAGNER S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 1998 Jan; 14(1): 61-70.
- FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. Critérios de excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional. São Paulo: FNQ, 2007^a.
- IQG, Instituto Qualisa de Gestão. Apresentação no 1 Fórum da Gestão pela Qualidade, realizado em BH, 2009.
- KISIL, M. - Qualidade e performance hospitalar no Brasil: revisão analítica da literatura. Brasília, Banco Mundial, 2003.
- MENDES, E. V. Redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, MG: Atheneu. 2009.
- Organização Pan-americana de Saúde-OPAS. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS; 2004.
- SAMPAIO, L. F. R. - A qualidade do cuidado nas instituições hospitalares brasileiras. Brasília, Banco Mundial, 2004.

Qualidade e Segurança

P_187_2011 - Análise do edital de compras de medicamentos: garantia da qualidade e segurança

Julianne Rodrigues de Moraes Rosa, Ana Julia Alves de Faria, Márcia Lúcia de Mário Marin, Ricardo Paranhos Pires Moreira, Andréa Cassia Pereira Sforsin, Sonia Lucena Cipriano, Renata Ferreira

Resumo: O medicamento é um insumo estratégico de suporte às ações de saúde, cuja falta pode significar interrupções constantes no tratamento, afetando a qualidade de vida dos usuários e credibilidade dos serviços farmacêuticos. Considerando que as instituições públicas devem adquirir seus medicamentos por processo licitatório, onde o edital estabelece as características dos produtos, observou-se a necessidade de analisá-lo em relação à legislação pertinente e compará-lo com o de outras instituições, objetivando melhorias dos processos. Nossos resultados evidenciam a necessidade de atualização contínua do edital de compras de medicamentos, de acordo com a legislação práticas realizadas no processo de aquisição de medicamentos.

Palavras chave: farmácia, edital de compra, segurança do paciente, qualidade, medicamentos, rastreabilidade

Introdução

Os medicamentos são produtos importantes para a melhoria da qualidade de vida da população e, somente são eficazes se houver garantia de que, desde sua fabricação até a sua dispensação, sejam armazenados, transportados e manuseados em condições adequadas. Desta forma, serão preservadas qualidade, eficácia e segurança dos mesmos. Logo, as condições de estocagem, distribuição e transporte desempenham papel fundamental na manutenção dos padrões de qualidade dos medicamentos (SÃO PAULO, 2003).

Privilegiando a qualidade, condição sine qua non na aquisição de medicamentos, existem, pelo menos, duas dimensões desejáveis. A primeira diz respeito a questões hoje plenamente reconhecidas e valorizadas, como eficácia, efetividade e adequabilidade, decorrentes da crescente atuação dos epidemiologistas e farmacologistas

clínicos. Estas exigências devem ser previamente resolvidas por um bom processo de seleção e padronização. A segunda dimensão, alvo deste trabalho, trata do estabelecimento do grau de exigência de qualidade pretendido e do que pode ser efetivamente feito durante o processo de aquisição para garanti-lo (LUIZA; OSORIO-DE-CASTRO; NUNES; 1999).

A tentativa de equacionar o binômio qualidade-custo tem como contexto a Lei 8666/93 (BRASIL, 1993). É também conhecida como lei do menor preço, por indicar critério básico de julgamento, no entanto permite a inserção de critérios de exigências de qualidade, a partir da submissão de especificações no texto do edital, em fases distintas.

Na primeira delas há preocupação com a habilitação do licitante e sua comprovada aptidão para desempenho de suas atividades; a segunda diz respeito ao produto em si e pode ser exemplificada pelo registro do produto em Diário Oficial da União e pelos laudos de qualidade (BRASIL, 1993).

Algumas instituições, buscando minimizar suas dificuldades de compra de produtos de qualidade duvidosa, restritos sempre ao critério de menor preço, tem nos últimos anos abordado de forma comprometida a construção de editais de compra (LUIZA; OSORIO-DE-CASTRO; NUNES; 1999).

O Ministério da Saúde publicou as portarias 1.818, 2.814 e 3.765 que fazem recomendações gerais quanto às exigências mínimas em edital, visando a garantia da qualidade no ato da compra de medicamentos (BRASIL, 1997;1998;1998a).

A elaboração e atualização dos editais de compra de medicamento de acordo com as legislações e práticas relacionadas ao processo de aquisição de medicamentos são de fundamental importância para que o recebimento adequado ocorra: produtos e prazos corretos, eficiência no uso de seus recursos, processamento correto da documentação envolvida e bom relacionamento com os fornecedores. No recebimento são verificadas especificações técnicas dos medicamentos, tais como embalagem, rótulo, lote e validade, e se está acompanhado do certificado de análise do controle de qualidade (BRASIL, 1990).

Ainda no recebimento são observados aspectos administrativos relacionados com o pedido de compra, buscando atender aos requisitos administrativos estabelecidos em edital ou contrato tais como a documentação fiscal, quantidade e prazo de entrega (SMS-SP, 2003).

Um grande desafio colocado ao setor público de saúde hoje é o suprimento adequado das necessidades de medicamentos, compreendendo-se os critérios de qualidade e preço. Efetivar a compra de medicamentos providos de qualidade a preços de mercado e ainda especificar as características desejáveis no produto comprado são atos passíveis de concretização na realidade,.

Cabe ao farmacêutico empenhar-se ao máximo para proteger o paciente do uso de medicamentos de baixa qualidade, ao mesmo tempo em que também protege os interesses econômicos da instituição, o que, em última análise, reverterá no uso mais racional dos medicamentos. À instituição cabe apoiar e incentivar seus esforços, resguardando o paciente e os interesses do Estado (LUIZA; OSORIO-DE-CASTRO; NUNES; 1999).

Justificativa

A farmácia de um hospital público de grande porte da cidade de São Paulo propôs a adoção de práticas que atendessem às normas preconizadas pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) para obtenção do certificado de qualidade. Após a consultoria realizada pelos auditores para avaliação da instituição, foi elaborado um relatório com as “não conformidades” das práticas adotadas. Dentre elas, foram apontadas ausência de rastreabilidade dos medicamentos e falta de sistematização da identificação, gerenciamento e controle dos riscos relativos aos processos, bem como registro de eficácia para a tomada de decisões.

Nesse sentido, observou-se a necessidade de rever todos os processos inerentes à aquisição de medicamentos. Considerando que as instituições públicas devem adquirir seus medicamentos por processo licitatório, onde o edital é o documento que estabelece as características dos produtos, observou-se a necessidade de analisá-lo em relação à legislação atual pertinente, Observou-se também a necessidade de compará-lo com o de outras instituições, com o objetivo de propor melhorias para este processo.

Objetivo

Identificar os problemas relacionados ao edital de compras, que impactam nos processos de aquisição de medicamentos, bem como propor soluções para os eventuais problemas encontrados.

Métodos

O estudo foi realizado em um hospital público, de ensino e de grande porte da cidade de São Paulo, no período de maio a julho de 2010. Foi desenvolvido de acordo com as seguintes etapas:

- Análise do edital de compras de medicamentos da instituição e legislação pertinente à aquisição de medicamentos;
- Análise dos editais de compras de outras instituições públicas:

- Hospital de Clínicas de Porto Alegre;
- Hospital Universitário da Universidade de São Paulo;
- Hospital Universitário da Universidade Estadual de Campinas;
- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo;
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Estas instituições foram selecionadas por seu reconhecido nível de excelência, além de possuírem porte semelhante ao hospital analisado;

- Identificação das principais oportunidades de melhoria e sugestões para solução dos problemas.

Resultados

Na análise do edital de compras da instituição em estudo, foi observada a necessidade de modificações nos seguintes tópicos:

Entrega de medicamentos

O prazo de entrega é um requisito de suma importância para a organização, pois influencia diretamente todo o processo de logística e a gestão de estoque. O prazo de entrega constante no edital é de 15 dias corridos após a publicação do aviso de emissão da nota de empenho no Diário Oficial do Estado de São Paulo (DOE) e não agendamento das entregas, o que acarreta inadequada distribuição de trabalho no recebimento dos medicamentos. Para as entregas parceladas, não havia prazos de entregas estabelecidos.

Foi sugerida a alteração do prazo para 10 dias corridos, já presente nos editais do HCPA, HC-RP e HU-UNICAMP, e agendamento das entregas. Para as entregas parceladas sugere-se prazo de entrega de 30 dias após a parcela anterior. Além disso, sugere-se que o recebimento seja presencial e que o endereço do setor de recebimento seja claramente identificado na nota fiscal e não somente o endereço de cobrança do hospital.

Prazo de validade dos medicamentos

O prazo de validade de um medicamento é o período no qual o produto conserva suas propriedades de tal forma que sua estabilidade física, química e microbiológica sejam mantidas, configurando condições mínimas para sua adequada ação farmacológica e o mínimo de ação tóxica. O edital atual exige prazo de validade de um ano a partir da entrega no almoxarifado.

A nova proposta é a utilização de uma tabela adaptada da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) (tabela 1) que define diferentes prazos de validade dos medicamentos entregues, o que não foi observado em outros editais. Esta opção é ainda mais relevante quando o medicamento passa pelo processo de unitarização, no qual o prazo de validade fica reduzido a 25%. Casos excepcionais serão analisados pelo usuário.

Tabela 8: Validade mínima dos medicamentos a serem entregues

Validade a partir da data de fabricação	Na data da entrega
Igual ou inferior a 16 meses	Validade mínima de 1 ano
De 16 a 24 meses	Mínimo de 75% da validade de fabricação
Superior a 24 meses	Mínimo de 60% da validade de fabricação

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), 2010, adaptada

Certificado de Boas Práticas para fornecedores

O certificado de boas práticas é uma documentação emitida pela ANVISA para fornecedores de medicamentos. Este certificado é exigido pelo hospital no momento de realização do pregão, porém, se ocorrer o vencimento deste na vigência do contrato, dificilmente será identificado.

Como o prazo de renovação do certificado da ANVISA varia em média de 30 a 90 dias, propõe-se que os fornecedores que apresentarem certificados com validade inferior a 90 dias no dia do pregão, devam entregar conjuntamente a solicitação de renovação do certificado perante a ANVISA, assim garante-se que este será renovado.

Atestado de Capacitação Técnica

O atestado de capacitação técnica é exigido com a finalidade de garantir que o fornecedor tenha capacidade de realizar o fornecimento adequado. Analisando outros editais, percebe-se uma maior exigência neste requisito para diminuir a chance de falhas.

A nova proposta, similar ao edital do HC de Ribeirão Preto, consiste na requisição do atestado de 3 instituições similares comprovando a capacidade técnica.

Nota de Empenho

A nota de empenho é divulgada no Diário Oficial do Estado de São Paulo, site eletrônico do hospital e e-mail do fornecedor, todavia é de responsabilidade do fornecedor manter o e-mail atualizado e acompanhar diariamente as publicações do DOE. No edital de compras consta apenas a divulgação no diário oficial.

Sugere-se a inclusão dos demais tópicos no edital de compras para que seja repassada ao fornecedor informação fidedigna e responsabilizando o fornecedor por acompanhar as publicações da instituição, como consta no edital do HCPA.

Guia de Boas Práticas de Fornecedores de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos

A farmácia do hospital em estudo elaborou o Guia de Boas Práticas de Fornecedores de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos, no entanto este não está presente no edital.

Sugere-se a oficialização do manual e inclusão no edital para favorecer a cultura de boas práticas na instituição.

Transporte dos medicamentos

Para uma maior segurança do medicamento, recomenda-se a inclusão de critérios para condições adequadas de transporte de medicamentos

Para tanto, sugere-se constar no edital que a empresa deve ser autorizada a transportar medicamentos, apresentar condições adequadas de transporte e armazenamento e a entrega deve ser feita por funcionário identificado.

Conclusão

Há também extensa legislação já consolidada embasando o processo de formulação de editais. Comparando essas informações às práticas observadas no hospital analisado, foi possível diagnosticar oportunidades de melhoria e propor soluções.

Evidencia-se a necessidade de atualização contínua do edital de compras de medicamentos, de acordo com a legislação pertinente e as práticas realizadas no processo de aquisição de medicamentos de organizações selecionadas.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Boas Práticas para estocagem de medicamentos. Brasília: Central de Medicamentos, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n.116, seção 1, pp. 8269- 8281, de 20/06/93.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.818, de 02 de dezembro de 1997. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 234, seção 1, p.28467, de 03/12/97.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.814, de 29 de maio de 1998. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n.221-E, seção 1, p.7, de 18/11/98.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.765, de 20 de outubro de 1998. Brasília, D.F.: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n.202-E, seção 1, p.5, de 22/10/98.
- LUIZA, VL.; OSORIO-DE-CASTRO, CGS.; NUNES, JM. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade – custo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.769-76, out-dez, 1999.
- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Manual de estruturação de almoxarifados de medicamentos e produtos para a saúde, e de boas práticas de armazenamento e distribuição. São Paulo, 2003.

Avaliação de Tecnologia

P_188_2011 - Sistema de Gerenciamento dos Custos Hospitalares (SIGH – Custos): um caso de sucesso em hospitais da maior rede hospitalar pública do Brasil

Márcia Mascarenhas Alemao, Márcio Augusto Gonçalves, Heloisa Azevedo Crumond, Osvaldo Kurschus De Oliveira, Marlene Moraes, Telma Braga Orsini, Carlos Alberto Gonçalves, Josiano Gomes Chaves, Renata Melgaço Gonçalves, Dayenne Cristina Martins Valente, Nágela Patricia Amaral Rocha, Elaine Pontes

Resumo: Este paper apresenta a implantação do SIGH-Custos na FHEMIG. Apresenta o desenvolvimento do software customizado e efetiva implantação partindo de sistema único e inovador: vinculando os objetivos estratégicos da FHEMIG, subsidiando os processos decisórios e uma administração eficiente com impacto na qualidade da assistência aos usuários do SUS. Utilizando metodologia de Custeio por Absorção, implantado em toda a FHEMIG em base única, atende a meta acordada entre o Governo e Banco Mundial, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde. Com tecnologia Freeware e utilização via web permite a reprodução da implantação em outros hospitais públicos do SUS.

Palavras-Chaves: Sistemas de Custos em Saúde; Custos Hospitalares; Gestão de Custos Hospitalares.

Introdução

Dentre os maiores desafios do SUS está criar mecanismos que racionalizem a alocação de recursos de forma custo-efetiva nas ações de saúde. No tocante aos custos hospitalares, que representam de 67% dos gastos em saúde, as soluções informatizadas são escassas, em especial as que contemplam as peculiaridades do setor público. Para isto, são imprescindíveis soluções que sustentem estes mecanismos, como a gestão de custos hospitalares.

A Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG) conta hoje com 14 mil profissionais e orçamento de R\$768 milhões (LOA, 2011), constitui a maior rede de hospitais públicos da América Latina, está diretamente vinculada a SES/MG. Com 21 Unidades Assistenciais divididas em seus 5 complexos assistenciais – Especialidades, Urgência e Emergência, Hospitais Gerais, Saúde Mental, Reabilitação e Cuidado ao Idoso e o MG Transplantes (FHEMIG, 2011), a FHEMIG teve uma participação em 2009 nas internações do SUS em MG de 6% de clínica cirúrgica, 4% de clínica médica, 62% das crônicas e 76% da fisiologia. No que se refere à participação nas diárias de UTI a fundação foi responsável por 18% de cirúrgica, 15% de clínica médica, 30% de obstetrícia, 80% de fisiologia e 16% pediátrica (MS/DATASUS, 2010).

Considerando a sua importância para o SUS/MG, o cenário do setor hospitalar apresentado e as diretrizes do Governo de Minas, principalmente aquelas que priorizam a eficiência e transparência na utilização dos recursos públicos e necessidade de alocação eficiente dos recursos disponibilizados, a FHEMIG pactuou com o Governo de Minas e com o Banco Mundial a meta de implantar um sistema de custos em todas as suas unidades. Para a consecução deste objetivo a instituição utilizou um ERP (Enterprise Resource Planning), o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIGH e desenvolveu o módulo de custos – SIGH – Custos.

O SIGH foi desenvolvido utilizando Java em plataforma Linux e banco de dados My SQL. O SIGH tem como característica de sua arquitetura de hardware quatro servidores rodando em ambiente Red Hat Enterprise Linux 4, sendo dois servidores de aplicação (Master / Slave) JBOSS e dois servidores de Banco de dados (Master / Slave) MySQL e como característica de software, o sistema SIGH foi desenvolvido em plataforma J2EE utilizando modelo MVC para desenvolvimento em N Camadas. Tem como frameworks utilizados: Tapestry 5 (APACHE), Spring (Spring Source), Hibernate, JasperReports, Itext, POI(APACHE), QUARTZ (OPENSYPHONY). Foram utilizados os seguintes IDE's / Ferramentas para apoio ao desenvolvimento: Eclipse IDE for Java EE Developers (ECLIPSE), MySQL GUI Tools (ORACLE), Enterprise Architect (Sparx Systems Pty Ltd)

O objetivo do SIGH foi integrar módulos de gestão clínica e administrativa em uma estrutura de módulos independentes, possibilitando a implantação da Gestão de Custos Hospitalares por meio do módulo Custos – SIGH-Custos.

O SIGH-Custos atende a meta acordada pelo Governo de Minas junto ao Banco Mundial, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde. Este sistema único e inovador vinculou os objetivos estratégicos da FHEMIG a uma solução integrada de TI, com tecnologia Freeware, subsidiando os processos decisórios, e uma administração eficiente com impacto na qualidade da assistência aos usuários do SUS. Baseado em metodologia de Custeio por Absorção, foi implantado de forma sistemática, única e padronizada em toda a Fundação.

A busca de solução própria ocorreu em função da não disponibilidade de softwares que atendessem as peculiaridades da gestão de custos na Fundação, como a necessidade de interfaceamento com os demais módulos do SIGH e outros softwares numa perspectiva sistêmica – sistemas corporativos do Governo de Minas Gerais, da FHEMIG e do SUS. Assim, a FHEMIG optou pela utilização de software livre para a implantação do SIGH-Custos. Software livre significa que seu código-fonte está disponível para alteração e adequação às necessidades de quem o utiliza, sem necessidade de compra de licença. Optou pela utilização do Sistema Operacional Linux pela sua qualidade e baixo custo em implementações e uso de bancos de dados como PostgreSQL, o MySQL, o Firebird e o SQL Lite pela gama de opções que oferecem.

Após seis anos na adoção do software livre como plataforma dos principais sistemas, esta escolha se mostrou vantajosa, em especial no SIGH-Custos, constituindo caráter inovador da solução de TI, possibilitando redução de custos na implementação de um sistema integrado de grande porte em vinte e uma unidades assistenciais sem gastos expressivos com aquisição de softwares. A gestão de custos integrada em rede, baseado em software livre, utilizando das ferramentas de tecnologia de informação sem dispêndio de recursos em licenças de uso possibilita inclusive negociações para definição de termos de cooperação técnica entre outros órgãos de governo para sua utilização em outros hospitais públicos do SUS.

Justificativa

O Sistema de Saúde no Brasil foi, por diversos motivos, organizado em torno dos hospitais, priorizando o enfoque curativo em detrimento da prevenção. O grau de resolatividade, qualidade e eficiência das instituições hospitalares no Brasil variam de serviços de excelência, de classe mundial, a serviços ineficientes, com qualidade abaixo do mínimo aceitável.

Embora os hospitais sejam o componente predominante do sistema de saúde, as questões relativas ao desempenho hospitalar não têm obtido dos gestores públicos a atenção na dimensão da sua importância. Os gastos hospitalares representam cerca de 67% do total dos gastos com saúde no Brasil, sendo que deste montante, 58% é financiado pelo SUS (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009, pág. 39).

A ausência de informações gerenciais básicas e de qualidade tem sido fator crítico para fundamentar ações que visem corrigir fragilidades apresentadas pelo sistema tais como: baixa autonomia e responsabilização dos hospitais públicos; sistema de financiamento passivo, diluído e desarticulado com qualidade dos serviços prestados; distorções dos valores pagos por procedimentos e os seus custos reais, o que leva a uma super oferta de serviços de alta complexidade e oferta aquém da necessária para serviços de baixa e média complexidade e de longa permanência, hoje um gargalo na atenção à saúde no país; investimentos feitos de forma desarticulada, em que não se leva em conta os ganhos de escala, a lógica da assistência em rede, da resolatividade regional, em que os problemas de saúde dos indivíduos possam ser resolvidos próximo ao seu domicílio, sem, no entanto haver duplicidade ou sobreposição de oferta.

O início dos trabalhos de implantação do Sistema de Gerenciamento de Custos Hospitalares deu-se em 2007. As fases que possibilitaram atender a meta pactuada na Agenda Setorial do Choque de Gestão compreenderam: a) definição da metodologia de forma padronizada para toda a Rede; b) conscientização da equipe técnica da FHEMIG, através de palestras e seminários sobre a importância estratégica do sistema de custos e a participação de cada um neste processo; c) capacitação técnica dos Gestores de Custos e da direção das Unidades Assistenciais; d) treinamento dos níveis técnicos que participam da coleta, do processamento e análise dos resultados dos relatórios gerados; e) levantamento e análise dos dados para adequação à metodologia de apuração e classificação dos custos de forma a possibilitar que as informações subsidiassem a tomada de decisão.

Um dos grandes desafios vencidos para a implantação do Sistema de Gerenciamento de Custos Hospitalares foi o desenvolvimento do módulo de custos no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar da FHEMIG – SIGH. Os softwares disponíveis no mercado nacional não atendiam as peculiaridades da instituição como o rateio de custos entre a Administração Central e as Unidades Assistenciais e destas entre si. A necessidade de interfaceamento com os demais módulos do SIGH, com outros softwares da FHEMIG e com os sistemas corporativos do Estado foram outros fatores determinantes para a busca desta solução.

Desta forma, a FHEMIG optou pelo desenvolvimento do SIGH que é um sistema totalmente integrado desenvolvido em ambiente web, centralizado em base única que consolida informações das vinte e uma unidades da rede hospitalar. São mais de 800 tabelas em banco de dados My SQL, que atendem os módulos de Recepção, Emergência, Internação, Ambulatório, Farmácia, Raio X, Bloco Cirúrgico, Laboratório e Faturamento. Sendo ao todo mais de 7 mil arquivos compostos por mais de 650 mil linhas de código escrito em J2EE, rodando em ambiente operacional Linux.

O SIGH – Custos tem por objetivo fornecer aos gestores da FHEMIG e do SUS dados consolidados de custos da rede FHEMIG que subsidiem a tomada de decisão e a formulação de políticas públicas de forma a tornar o sistema mais eficiente e efetivo.

O Módulo Custo do SIGH – o SIGH-Custos inclui basicamente as funcionalidades: Cadastros Básicos, Parametrizações, Movimentações, Importação, Cálculo e Relatórios. Na funcionalidade de Cadastros Básicos são incluídos os centros de custos, itens de custos, unidades de produção e critérios de rateios. Na funcionalidade Parametrizações, são vinculados os centros de custos à suas unidades de produção ou critérios de rateio. A funcionalidade Movimentações permite a inclusão de dados

mensais dos itens de custos e produção. A funcionalidade Importações permite a inclusão dos dados de outros sistemas corporativos e dos outros módulos do SIGH. A funcionalidade Cálculos permite que seja feito os cálculos de custos, alocando os valores em centros de custos, baseado na metodologia de Custeio por Absorção. A concepção dos Relatórios segue a perspectiva do modelo mental do decisor, apresentando tanto informações macros quanto micro. As informações de caráter macro, estratégicas, são repassadas à Presidência da FHEMIG e seus diretores, de modo a subsidiar tomada de decisões que impactem toda a Rede. As informações micro, obtidas através de refinamentos sucessivos, subsidiam a decisão estratégica da direção da UA, e decisões de caráter tático/gerencial e operacional dos seus setores. Essa solução possibilita uma administração baseada em resultados e controle de custos.

Dentre as informações necessárias para compor o sistema de custos hospitalares, parte delas como dados de pessoal, gastos com recursos materiais, controle de patrimônio e serviços é oriunda dos Sistemas Corporativos do Governo do Estado de Minas Gerais – SISAP, SIAD, SIAFI, importadas diretamente ao SIGH-Custos. Os dados de produção, ou seja, todos os atendimentos e procedimentos realizados nos pacientes são fornecidos através do interfaceamento com os outros módulos do SIGH. Os dados de faturamento serão incluídos através de informações do Módulo Faturamento, em fase de implantação/validação.

Desta forma, o SIGH-CUSTOS apresenta algumas particularidades que fazem com que o mesmo seja inovador e único no objetivo a que se propõe, tais como:

- **INCLUSÃO DE DADOS DE FORMA MANUAL OU AUTOMÁTICA** – O SIGH-Custos permite que a entrada de dados seja feita, sem alteração dos mecanismos de cálculo, tanto de forma manual quanto por meio da importação de dados dos sistemas corporativos ou dos demais módulos do SIGH. Esta funcionalidade permite que o SIGH-Custos possa ser utilizado de forma independente do SIGH no geral o que permite a sua utilização em outros hospitais, com entrada automática de dados inclusive, caso ele seja interfaceado com os sistemas utilizados por esses hospitais.

INTERFACEAMENTO COM DEMAIS MÓDULOS – A possibilidade de interfaceamento com os demais módulos do SIGH, incluindo desde informações sobre quantidade de consultas e horas cirúrgicas a quantidade de horas trabalhadas pela manutenção por Centro de Custo. Através de informações oriundas do Módulo Faturamento, em implantação/validação, será possível a análise cruzada das informações de custos dos processos/ serviços com os valores pagos pelo Ministério da Saúde, criando um banco de dados gerencial de importância estratégica.

INTERFACEAMENTO COM OUTROS SOFTWARES – O interfaceamento com outros softwares da FHEMIG e com os sistemas corporativos do Estado foi outro fator determinante para a busca desta solução. O SIGH-CUSTOS tem a particularidade de possibilitar a importação dos dados gerados pelos Sistemas Corporativos do Estado de Minas Gerais – Sistema Integrado de Administração de Material – SIAD que disponibiliza dados de consumo de material e dados de depreciação de material; Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAF, que disponibiliza dados financeiros e Sistema Integrado de Administração de Pessoal – SISAP, que disponibiliza informação de folha de pagamento. Esta integração entre os sistemas se dá através de relatórios que pode ser tanto .TXT ou .xls, o que facilita a sua reprodução para outros usuários.

RATEIO ENTRE UNIDADES – o SIGH-Custos permite o rateio de custos da Administração Central para as demais Unidades Assistenciais e destas entre si. Esta funcionalidade é necessária considerando que a Administração Central desenvolve trabalho estratégico para todas as Unidades da Rede e as Unidades Assistenciais prestam serviço umas para as outras como, por exemplo, o CC Laboratório que atende a mais de uma unidade, o CC Compras de uma Unidade que trabalha para todo o Complexo Assistencial. Portanto, estas particularidades fizeram o desenvolvimento do módulo necessário e imprescindível para o levantamento dos custos de forma mais efetiva.

POSSIBILIDADE DE CRIAÇÃO DE CADASTROS UNICOS – A FHEMIG por ser uma rede de 21 Unidades Assistenciais necessitava de um sistema de custos que tivesse uma metodologia padronizada para toda a Rede. Desta forma, o SIGH-Custos possibilita a inclusão de cadastros básicos que são utilizados para toda a Rede. Também é possível que a Administração Central tenha acesso às informações de todas as Unidades Assistenciais e visualize estes dados de forma conjunta. Esta funcionalidade permitirá ao Ministério da Saúde a leitura das informações de custos de todos os hospitais públicos que estejam incluídos no sistema, o que possibilitará a criação de uma base de dados única e inédita no setor hospitalar público brasileiro.

A apuração dos custos hospitalares, no que tange ao rateio entre unidades pode ser feita de duas formas distintas:

- Levantamento dos Custos sem Transferência dos Custos entre as Unidades Assistenciais:
- Levantamento dos custos das Unidades Assistenciais e da Administração Central de forma individualizada, possibilitando a visualização das informações isoladamente, com os rateios dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares alocados aos Centros de Custos Produtivos apenas na própria Unidade Assistencial. Estas informações são passíveis de visualização através de relatórios previamente definidos no sistema
- Levantamento dos Custos com Transferência de Custos entre as Unidades Assistenciais:

Os Custos da Administração Central serão rateados às Unidades Assistenciais através de critérios de rateios previamente definidos para todas as Unidades Assistenciais da Rede. Após o recebimento do rateio da Administração Central e cálculo do custo de cada Unidade Assistencial, é feita a distribuição dos rateios entre as Unidades, tendo como base a produção realizada entre as Unidades. Assim, é possível a visualização das informações de custos considerando a transferência dos custos entre as Unidades. Desta forma, é possível a análise dos custos de forma corporativa na rede e análise dos custos referentes a cada Unidade de forma distinta.

UTILIZAÇÃO DE SOFTWARE LIVRE – a utilização de software em plataforma livre possibilitou a implantação do sistema nas vinte unidades da Rede FHEMIG e possibilita a sua utilização em outras unidades do SUS. Também possibilitará a sua reprodução em outros hospitais públicos do SUS.

Métodos

A abordagem metodológica para o desencadeamento das ações do desenvolvimento do Sistema de Gestão de Custos Hospitalares caracteriza-se como pesquisa aplicada. Quanto aos métodos, são utilizados tanto aqueles de cunho eminentemente quantitativo quanto aqueles qualitativos visando também a validação e confiabilidade interna dos resultados.

A metodologia contábil adotada para aprimorar o sistema de controle de custos dos hospitais da FHEMIG foi a de Custeio por Absorção. Para tanto, considerou-se a complexidade da rede como um todo e as necessidades para tomada de decisão pelos gestores.

No desenvolvimento dos trabalhos de implantação do sistema, adotou-se um plano de ações bem definido capaz de promover a sensibilização, o envolvimento e as mudanças pretendidas, tanto nos servidores quanto nos processos de trabalho. Buscando facilitar a incorporação de forma mais rápida da “cultura de custos” na Rede, os balizadores que nortearam a implantação do Sistema foram: confiabilidade e consistência da metodologia; prazo de implantação; abrangência na aplicação e apropriação de todos os custos.

Discussão e Resultados

Os resultados quantitativos e qualitativos advindos da implantação do SIGH-Custos podem ser classificados nas duas dimensões gerenciais mais importantes: planejamento e controle. Porém, os ganhos de produtividade para o setor saúde serão significativos, principalmente através de procedimentos do benchmarking interno e externo dos processos e produtos médico-hospitalares.

Alguns resultados operacionais qualitativos na organização dos processos e informações em geral na FHEMIG podem aqui ser apresentados:

- a definição de Centros de Custos como unidades responsáveis e suas respectivas competências, informando a cadeia de cliente-fornecedor propiciou uma melhor integração entre as diversas áreas de atuação na FHEMIG.
- A adequação dos dados dos sistemas corporativos de forma sistêmica possibilitou não só a geração de informações mais consistentes a serem incluídas no SIGH-Custos como criou uma maior padronização dos processos de obtenção destes dados gerando ganho sinérgico para as áreas e melhor apuração de indicadores de desempenho.

- A definição de responsáveis e dos procedimentos através de um trabalho de sensibilização e envolvimento de pessoal para fornecimento de dados confiáveis nos prazos estabelecidos nos cronogramas e a padronização dos procedimentos de forma clara, objetiva e compreensível possibilitou a identificação de procedimentos ou atividades cujo custo precisa ser analisado e controlado com mais cuidado. Isto possibilitou, acima de tudo, a padronização das informações utilizadas como critério de faturamento dos serviços de saúde unificando o modo de faturamento utilizado na Rede junto ao SUS.

Considerando que o objetivo do SIGH-Custos não se resume no controle e redução dos custos, os resultados quantitativos apresentados aqui não refletem todas as possibilidades e ganhos advindos da implantação do sistema, entretanto, são exemplos de resultados que podem ser apontados:

- O controle das informações por Centros de Custos (CC) e a obtenção de séries históricas de consumo proporcionou em alguns casos uma redução de custos. Por exemplo, o Setor de Rouparia do Hospital Regional Antonio Dias, reduziu em 57% o quantitativo de quilos de roupas lavadas após três meses de apuração dos dados. O CC Reprografia do Hospital João XXIII, apenas por estar sendo informado e analisado mensalmente a quantidade de cópias reprográficas disponibilizadas por centros de custos houve redução em 47% (quarenta e sete por cento) no quantitativo pago. O Hospital Alberto Cavalcanti reduziu em 13% (treze por cento) o volume de material em estoque através de controle dos processos iniciados através das adequações necessárias para a implantação do sistema. O Hospital Cristiano Machado, através de observação advinda do controle de custos, reduziu o valor do seu custo de água de aproximadamente R\$ 7 mil mensais para R\$ 300,00 considerando que o Sistema de Gestão de Custos propiciou esta informação e possibilitou sua análise concreta.

No âmbito institucional, a base de informações geradas pelo SIGH-Custos possibilitou: a) o planejamento e o controle gerencial por definir recursos consumidos tais como salários, equipamentos, material médico hospitalar e medicamentos; b) o benchmarking interno e externo dos processos e serviços prestados; c) a padronização dos procedimentos na Rede e melhor integração dos sistemas; d) ganhos de qualidade, através de monitoramento e curva de aprendizagem pela correlação dos custos de processos/serviços com indicadores assistenciais; e) otimizar a alocação de recursos, sem comprometer a funcionalidade e a qualidade dos serviços prestados; f) a "apresentação da conta" ao paciente através do Relatório de Custos por Paciente possibilitando maior transparência quanto à aplicação dos recursos públicos para o atendimento ao cidadão, especificamente quanto o sistema gastou em cada atendimento.

No âmbito sistêmico, o SIGH-Custos pode contribuir como fonte de informação para formulação de políticas permitindo que os gestores públicos enfrentem de forma fundamentada as distorções apontadas no que tange à regulação dos serviços hospitalares, a uma melhor correlação preço/custo/qualidade dos serviços hospitalares, a uma melhor alocação de recursos e oferta de serviços hospitalares, maior responsabilização dos gestores de hospitais públicos, maior transparência dos gastos, maior controle social, dentre outros.

Outro resultado relevante foi a gênese do Observatório de Custos em Saúde, em parceria com a UFMG, que propõe se tornar um espaço de estudos, pesquisas, discussões, análises, trocas de informações, busca das melhores práticas. Também a criação do Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde – NOCES–UFMG, com o apoio da FHEMIG, OPAS, MS e SES/MG, proporcionou um espaço de discussão entre outras instituições dentro do contexto da saúde no Brasil dando a dimensão deste trabalho e o interesse que a discussão deste tema gera.

Conclusão

A representatividade da FHEMIG no cenário da saúde do Estado de Minas Gerais e do Brasil e a precariedade de informações de custos hospitalares públicos faz com que a criação de um software que dê sustentação a implantação de um sistema de custos e que possa ser utilizado em outras instituições pública representa ação estratégica inovadora.

O SIGH, ao se posicionar claramente como mecanismo de sustentação do Mapa Estratégico, fez com que outros projetos da FHEMIG assumissem a mesma orientação. Este foi um grande aprendizado: a integração das diversas iniciativas isoladas e o trabalho conjunto na busca do objetivo maior da Instituição, que é prestar serviços com segurança aos seus usuários.

A implantação do SIGH-Custos visou o gerenciamento dos procedimentos e ações desempenhadas e não somente a redução de custos. Possibilitou a melhor utilização do dinheiro, o "fazer mais com os recursos disponíveis", buscando atender ao princípio da administração pública de efetividade, melhora na qualidade dos gastos públicos, transparência e Accountability.

Assim, o SIGH - Custos propiciou revisão da estrutura interna de forma bastante abrangente e impossível de se listar totalmente: recursos humanos, estruturas, funções, processos, equipamentos, materiais, contratos, consumos, procedimentos médicos, atendimentos, contratos, informações, etc., busca de melhor estruturação dos processos, maior divulgação, normatização e conhecimento de informações de custos e utilização delas como ferramenta de gestão. Possibilitou um maior diálogo entre os setores, maior conhecimento dos processos de trabalho, diminuição nas resistências em compartilhamento, sistematização e organização dos dados existentes e levantamento de outros até então inexistentes no setor saúde. Permitiu uma visão dos pontos e situações críticas onde se deverá intervir para consolidar a apuração de custos como ferramenta gerencial na tomada de decisões, acompanhamento dos processos e como indicador de desempenho, financeiro e econômico da saúde. Podem-se verificar as melhorias nas buscas de reestruturação, maior divulgação e conhecimento dos processos internos e externos. A utilização do SIGH-Custos proporcionou resultados que afetou a diversos atores. Os servidores da FHEMIG por possibilitar o acompanhamento do desempenho dos centros de custos pelos responsáveis Também a alta direção da instituição, que utiliza os relatórios gerados para tomada de decisão estratégica e gerencial; os usuários do SUS para acompanhar o retorno em serviços dos impostos pagos através do Relatório de Custo do Paciente; os conselhos de usuários para controle social; os gestores públicos para regulação do sistema, correção das distorções de pagamentos e elaboração de mecanismos de incentivos; outras instituições que poderão utilizar as informações como benchmarking interno e externo na análise de seus processos, todos eles são públicos alvo das informações geradas pelo SIGH-Custos.

Evidencia-se o SIGH - Custos constitui inovadora e valiosa ferramenta de gestão, do ponto de vista gerencial, tornando a experiência da FHEMIG bastante promissora. Assim, eleva a utilização das informações geradas pelo SIGH-Custos para muito além do objetivo tradicional – cortar custos, e sim, possibilita a melhoria do desempenho, do processo ou serviço prestado, e ainda contribui para a melhoria do sistema como um todo e difusão de que "Saúde não tem Preço, Mas tem Custo"

Referências

- FHEMIG –, disponível em <http://intranet.fhemig.mg.gov.br/be/relatorio_executivo/arquivos/boletim_mensal_dados_estatisticos_09_09.pdf> em 13/10/09.
 LOA, 2011 disponível em http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/orcamento/arquivos/orcamento/2011/Volume_IIA.pdf
 LA FORGIA, Gerard M., COUTTOLENC, Bernard - Desempenho Hospitalar No Brasil Em Busca Da Excelência – Editora Singular – 2009
 Ministério da Saúde, DATASUS disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

Qualidade e Segurança

P_189_2011 - Cultura de segurança como melhoria do sistema de gestão: estudo exploratório em empresa com sistema de gestão de saúde e segurança no trabalho modelo OHSAS 18001

Rosane Sc Richers, Ana Maria Malik

Resumo: A implementação de estratégias de Sistema de Gestão de Saúde e Segurança no Trabalho (SGSST) nas empresas surge como um vetor fundamental ao fortalecimento da cultura de segurança dentro delas. O objetivo primordial deste estudo consiste em avaliar comportamentos e atitudes referentes a essa cultura em uma organização com sistema OHSAS 18001. Pretende-se, pois, contribuir para o debate teórico sobre o tema, incluindo instrumentos de avaliação da cultura da segurança, assim como para o aperfeiçoamento de intervenções preventivas, nas esferas privada e de políticas públicas. Para isso realizou-se estudo exploratório, com aplicação de questionários – desenvolvidos pela IAEA (2002a) –, a uma amostra estratificada dos empregados da empresa, em duas das suas nove plantas. Obteve-se, como resultado, os Índices Médios da Cultura de Segurança (IMC), por cargo, com valor ótimo (entre 85 e 100% das respostas indicaram comportamentos seguros). Mostrou-se também que os comportamentos mais seguros são os de diretores e gerentes, relacionados ao fator “alocação adequada de recursos”. Os comportamentos avaliados como inseguros, a serem melhorados, foram: os dos empregados operacionais e supervisores, relacionados à “comunicação”; “melhoria contínua” entre empregados operacionais; e “capacidades e competências” entre supervisores. Sublinha-se o valor inegável da avaliação da cultura de segurança de modo a promover seu fortalecimento, influenciando fatores organizacionais, e em última instância, a eficácia do SGSST.

Palavras-chave: Safety culture; Organizational Factors; Safety Behavior; Management systems.

1. Introdução

Revisão preliminar da bibliografia sobre as dificuldades e obstáculos encontrados por organizações na implementação e manutenção consistente de um sistema de gestão de SST (Saúde e Segurança no Trabalho) ao longo do tempo mostrou escassez de discussões, tanto no âmbito do setor público como no privado (Bluff, 2003; Frick, 2003; Gallagher et al., 2001). Implícito em diversos requisitos desses sistemas está o tema da cultura da segurança, o qual pode ser explicitado permitindo a aplicação de um método para sua avaliação (IAEA, 1994; 1997; 2002; Wilpert, 1999).

Esse método foi desenvolvido pelo setor de mais alto risco – o da energia nuclear, especificamente após o acidente de Chernobyl (1986). A causa do acidente foi atribuída a uma “cultura de segurança fraca” pelo International Nuclear Safety Advisory Group (INSAG). Composto por especialistas em segurança dos países membros da IAEA, esta comissão foi criada com os objetivos centrais de formar um fórum de trocas de experiências e formular conceitos comuns de segurança, diante dos grandes acidentes ocorridos até então. Nesse contexto, a cultura de segurança ganha primazia passando a ser vista não como um fator entre outros, mas como o modo pelo qual todos os fatores se apresentam.

Este artigo objetiva realçar a importância que o tema cultura deve ter nas discussões sobre segurança em empresas com SGSST. Cultura da segurança pode ser integrada no processo de gestão de SST, conforme esquema a seguir:

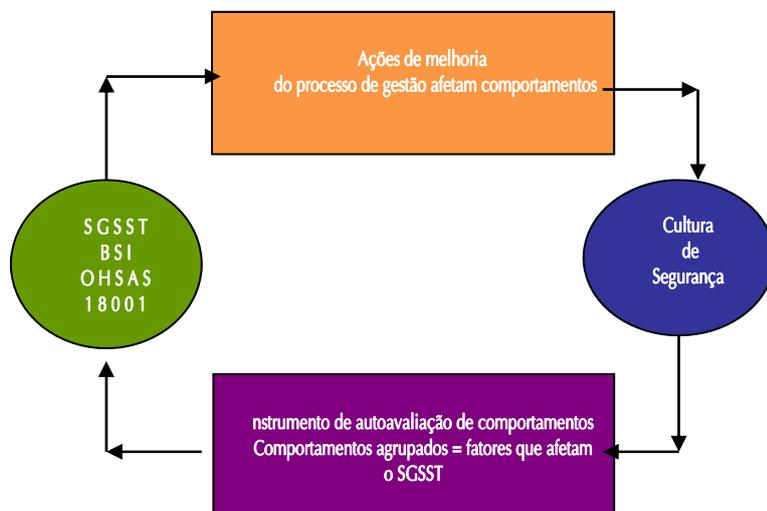


Figura 1 – Esquema da prática de aprimoramento da cultura de segurança integrada no processo de gestão de SST
Fonte: Obadia 2004 adaptado por Richers 2008

Para viabilizar a integração, realizou-se uma pesquisa empírica de autoavaliação da cultura de segurança, com a identificação de comportamentos de risco em organização com sistema de gestão de SST implantado há cinco anos. Compreender a presença de pressupostos básicos subjacentes a esses comportamentos constitui um desafio que faz valer a pena ler este artigo.

O gerenciamento da qualidade, inclusive a busca das certificações ISO (da qualidade, meio-ambiente e saúde e segurança) tem sido um dos procedimentos mais frequentes em todo o mundo. A qualidade de vida no trabalho é uma evolução da qualidade total¹. Não se pode mais falar nela sem incluir a qualidade de vida das pessoas no trabalho (Limongi-França et al., 2002, p. 302).

Para Cerquinho (1994) uma abordagem da qualidade de vida no trabalho associada à ética da condição humana, busca, desde a identificação, a eliminação, a neutralização ou o controle dos riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, os padrões de relações de trabalho, a carga física e a mental, requeridos para cada atividade, as implicações políticas e ideológicas, a dinâmica da liderança empresarial e do poder formal ou informal até o significado do trabalho em si, o relacionamento e a satisfação no trabalho.

¹ O conceito de qualidade total teve origem na engenharia e visava, especialmente, processos e controles produtivos e tecnológicos da fabricação do produto. Com a evolução do conceito de qualidade total de serviços, abriu-se nova discussão sobre a necessidade de incluir nele o conceito de qualidade pessoal e, conseqüentemente, o de qualidade de vida no trabalho (Limongi-França, 2002, p.302).

Wood Jr. (1995), ao classificar a evolução das fases de gestão da função de Recursos Humanos nas empresas, sugere o desenvolvimento de uma nova fase denominada de integral, em que a qualidade de vida no trabalho será um valor agregado à qualidade total, principalmente na presença de processos produtivos envolvendo tecnologia complexa e muita competência humana.

Iniciando-se com breve recuperação conceitual, apresentam-se os resultados de pesquisa empírica em duas plantas de empresa brasileira com alto risco de acidentes.

2. Cultura organizacional e cultura de segurança

Tema mais abrangente que cultura de segurança é cultura organizacional. Enquanto o primeiro emerge com os grandes acidentes ocorridos na década de 80, os estudos sobre cultura organizacional já existiam desde os anos 50, embora consolidados também nos anos 80. Esses estudos tornam-se cada vez mais importantes, pois permitem saber como a organização consegue manter sua identidade perante mudanças cada vez mais rápidas no ambiente externo, as quais exigem contínuo aumento de produtividade, e outras determinadas pela organização.

Pesquisas sobre cultura organizacional desenvolvidas pelo psicólogo social americano E. Schein, desde os anos 80, resultaram no conceito mais amplamente utilizado por estudiosos da área. De acordo com o autor cultura organizacional é definida como:

um conjunto de pressupostos básicos aprendido por um grupo na medida em que solucionava seus problemas de adaptação externa e de integração interna e que havia funcionado bem o suficiente para ser considerado válido e, portanto, ensinado a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas (SCHEIN, 1985).

Esses pressupostos são valores profundos e inconscientes e formam um dos três níveis que constituem a cultura. Desta forma, determinam outro nível – o das atitudes e comportamentos, assim como das normas e procedimentos da organização, influenciando a natureza da empresa: se é mais democrática, se aceita diversidade entre os trabalhadores, se é orientada pelo sucesso no passado ou possibilidades futuras, enfim que tipo de controle exerce sobre o ser humano em função da crença em sua natureza. Ainda há outro nível, em razão do que os membros da organização declaram: são os valores idealizados que expressam a visão que a organização tem de si mesma, podendo contradizer os verdadeiros pressupostos básicos que guiam os comportamentos e as atitudes dos membros. Esse nível evidencia que a organização não tem valores, nem crenças, quem as têm são as pessoas que ali trabalham.

O modo como a alta administração e as lideranças respondem a essas dimensões indica os pressupostos que baseiam sua concepção sobre como solucionar problemas de SST. Por outro lado, se os trabalhadores reagem ou não a esses pressupostos, depende das relações de trabalho, que variam em cada organização.

Schein (1985) argumenta que, sem compreender os pressupostos básicos, não se pode decifrar corretamente o comportamento observado, e muito menos mudá-lo. Rever os pressupostos básicos requer experiência compartilhada, experimentação e aprendizado de duplo circuito³. Grande parte dos esforços de mudança da cultura trabalha apenas estruturas superficiais (por exemplo: a implantação de normas e procedimentos de segurança na organização), ou as atitudes e percepções das pessoas. Esta mudança atinge, quando muito, o nível dos valores declarados. Mudança cultural de fato exige mudar pressupostos básicos, sem o que os comportamentos e as atitudes “visíveis” não se sustentam.

Partindo da concepção de Schein, Fleury (1989) elaborou a seguinte proposta conceitual que incorporasse a dimensão política:

- cultura organizacional é concebida como um conjunto de valores e pressupostos básicos, expressos em elementos simbólicos, que, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação.

Em relação ao tema mais específico de cultura de segurança, Zhang et al. (2002) mostram, em ampla revisão da literatura, que, do total de 107 documentos pesquisados sobre segurança organizacional, menos de um terço refere-se a “cultura” ou “clima”⁴ (outro conceito encontrado, com pouca ou nenhuma diferenciação). Além disso, embora o tema tenha continuado a atrair atenção, esforços empíricos para estudar cultura de segurança e sua relação com resultados organizacionais não foram sistemáticos e não tiveram sucesso, em termos teóricos, em dar especificidade aos conceitos.

Conforme Zhang et al., cultura de segurança é valor duradouro e prioritário atribuído à segurança do trabalhador e do público, por todos, em cada grupo, em cada nível da organização; refere-se a quanto os indivíduos e grupos se comprometem com segurança do trabalho, agem para preservar, enfatizar e comunicar a preocupação com segurança, se esforçam por aprender ativamente, adaptam-se e modificam comportamentos aprendidos a partir de erros e são recompensados de modo consistente por esses valores. Para clima de segurança, a definição é dada como medida do estado de cultura da segurança num momento e em uma situação particular e com base na percepção dos indivíduos, sendo, portanto, relativamente instável e sujeita a mudanças (2002).

Alguns autores desenvolvem conceitos que podem ser identificados com o de cultura, ou parte dela. A expressão *mindfulness*, por exemplo, de Weick e Sutcliffe (2001), é uma atitude, constituindo um nível da cultura organizacional, de acordo com Schein (1985).

Os conflitos de interesse que caracterizam “a arena política” em que se movem os indivíduos na organização, conforme Perrow (1999) e também Bluff (2003), expressam valores e crenças – outro nível da cultura organizacional – nessa abordagem, uma cultura heterogênea, de confronto.

A literatura sobre o tema aborda a importância da cultura organizacional sobre o desempenho da SST, em geral, referindo-se a ela como “aspectos” ou “fatores” culturais⁵, isto é, como um dos fatores a serem considerados, ao lado de outros, não obstante sua natureza particular, e sua presença em todos os outros fatores ser frequentemente mencionada.

Os estudos do setor nuclear, por sua vez, procuraram compreender como questões intangíveis – dedicação pessoal, pensamento voltado à segurança e atitude questionadora –, expressam-se naturalmente em manifestações tangíveis, as quais podem ser tomadas como indicadores da cultura de segurança, assim definida:

... o conjunto de características e atitudes da organização e dos indivíduos que estabelece que, como prioridade máxima, as questões relacionadas com a segurança nuclear recebam a atenção assegurada pelo seu significado (IAEA, INSAG-4 1991, p. 4).

² Os acidentes nucleares de Three Mile Island, nos Estados Unidos, em 1979, Chernobyl, na Ucrânia, em 1986, da indústria petroquímica Union Carbide, na Índia, em 1984, da nave espacial Challenger, nos Estados Unidos, em 1986, e o acidente aéreo da Continental Express, no Texas, em 1991, foram fundamentais para o desenvolvimento do debate (OBADIA, 2004 e ZHANG *et al.*, 2002).

³ Argyris and Schön (1978) descreveram a diferença entre ciclo de aprendizagem duplo (double loop learning) e ciclo de aprendizagem simple (single loop learning): no último existe processo de correção pelos erros mas não são alteradas as políticas e objetivos organizacionais. O Double-loop learning ocorre quando erro é detectado e corrigido de modo a envolver mudança das normas, políticas e objetivos subjacentes da organização. Gerentes e empregados refletem criticamente sobre o próprio comportamento, percebem que, eventualmente contribuem para os problemas da organização, e não somente mudam sua conduta, mas também os modelos mentais que sustentam as ações organizacionais.

⁴ Clima organizacional é um termo empregado para definir o conjunto de satisfações e insatisfações dos membros de uma organização em determinado período, geralmente identificado através de pesquisas calcadas em percepção e opinião (Fleury e Sampaio, 2002).

O conceito de cultura de segurança é então estruturado de modo a permitir avaliação da sua eficácia em organizações do setor nuclear e identificar oportunidades para o seu aprimoramento. O relatório citado apresenta metodologia de autoavaliação da cultura de segurança focalizando fatores organizacionais relacionados ao comprometimento com segurança nos níveis estratégico, tático e operacional da organização. Além disso, o comprometimento individual (e por todos) é considerado indispensável, pois é a partir dele que comprometimento se dissemina na organização, tornando-se um valor compartilhado.

Requisitos para isso, ainda segundo a IAEA (INSAG-4, 1991) são:

Atitude questionadora: requer que indivíduos, ao iniciar qualquer tarefa, as compreendam, assumam as responsabilidades pessoais relativas à segurança. "O que pode dar errado?", "Quais são as conseqüências de um erro?" e "O que precisa ser feito para prevenir falhas?" são perguntas que fazem parte da atitude questionadora.

Abordagem prudente e rigorosa: requer de todos os indivíduos da organização compreensão dos procedimentos de trabalho, estado de alerta para o inesperado, atitude reflexiva perante os problemas, busca de ajuda, caso necessário, atenção à sistematização, ao cumprimento de prazos e à limpeza, procedimentos cuidadosos e, evitando atalhos.

Comunicação eficaz: exige de todos obtenção de informações úteis, transmissão de informações aos demais, relato da existência de situações rotineiras e não rotineiras, e sugestões de novas iniciativas para a segurança.

Em documentos posteriores a IAEA mostra que caracterizar a cultura de segurança de uma organização segundo estágios é útil para desenvolver projetos de melhoria (IAEA TECDOC-1329, 2002, p.17-21 e IAEA INSAG-15, 2002, p.3-4):

primeiro estágio – a segurança é tema técnico, visando a atender à legislação e regulamentos. O plano básico de controle dos perigos e riscos é incipiente e a alta administração delega a responsabilidade da segurança para o nível gerencial;

segundo estágio – a segurança é meta da organização. Para alcançá-la são estabelecidas visão e missão, assim como estratégias, processos e procedimentos. Esses são frequentemente impostos e não há consulta e participação dos empregados operacionais na solução de problemas, embora estes compreendam a necessidade de trabalhar em ambiente seguro;

terceiro estágio – todos estão pessoal e ativamente comprometidos com o desenvolvimento da cultura de segurança e com sua melhoria. Eventos e incidentes são relatados e vistos como inaceitáveis. As pessoas aprendem com os erros e o pessoal técnico é altamente qualificado.

Em resumo, para que sistemas de gestão de SST ganhem eficácia, os estudos revisados, particularmente aqueles elaborados pelo setor nuclear, põem em destaque a importância de se compreender o ambiente organizacional do ponto de vista da "cultura de segurança", a qual perpassa este ambiente. O conceito, no entanto, é complexo e abstrato, difícil de ser operacionalizado, constituindo-se um desafio para os que se propõem realizar pesquisa empírica sobre o tema.

Os projetos de estudo da IAEA chegaram, além de definição de cultura de segurança, a uma metodologia operacional que permitiu a elaboração de pesquisas empíricas em usinas nucleares. Estudos começaram a ser publicados no início da década de 1990, entre eles o guia ASCOT de avaliação da cultura de segurança, produzido pelo INSAG em 1994 e destinado prioritariamente a agências nucleares, mas também a organizações que prestam serviço a essas agências. Além de auxiliar as organizações a realizarem autoavaliação, a agência recomenda avaliação concomitante por outros métodos, como visitas às fábricas e análise de documentos. A metodologia da IAEA tem tido amplo reconhecimento internacional e está fundamentada na extensa experiência de especialistas de seus países membros.

Uma publicação de 2002 consolida estudos anteriores, apresentando os "fatores organizacionais" fundamentais para cultura da segurança. Em outras palavras, cultura de segurança é o viés pelo qual esses fatores, listados a seguir, são analisados:

- compromisso da alta administração com segurança,
- melhoria contínua na segurança,
- alocação adequada de recursos,
- comunicação eficaz e transparente,
- abordagem sistemática da segurança,
- capacidades e competências,
- influências externas (IAEA, 2002c).

A respeito do último, a IAEA ressalta, ainda, a importância do compromisso estratégico de organizações governamentais (por meio de políticas públicas), e as de pesquisa e projetos (públicas e privadas).

O objetivo geral deste trabalho é o estudo de cultura da segurança e sua importância para a eficácia dos sistemas de gestão de saúde e segurança no trabalho. Dele fazem parte conceituação teórica e pesquisa exploratória em organização de alto risco com SGSST OSHAS 18001.

3. Sistema de gestão de saúde e segurança no trabalho

A concepção de sistema de gestão de SST tem, no Brasil, pouco mais que uma década e sua implementação por organizações intensificou-se nos últimos anos. Segundo o Anuário Brasileiro de Proteção 20075, o número de certificações no país cresceu 58% entre 2004 e 2007 e o de empresas certificadas cresceu 54%. Quase a totalidade destas optaram por levar à prática o modelo ISO OHSAS 18001 versão 1999, publicado pelo British Standard Institution (BSI) em 1996 e 1999.

Segundo Cardella (2008, p.51) gestão é o ato de coordenar esforços de pessoas para atingir os objetivos da organização, e sistema de gestão segundo Occupational Health and Safety Management Systems Series (OHSAS) é um conjunto de elementos inter-relacionados de que uma organização faz uso para definir sua política e objetivos e para alcançar os objetivos (BS OHSAS 18001:2007, p.3).

A abordagem sistêmica desse modelo de gestão não pode ser confundida com procedimento sistemático, no qual uma série de passos logicamente ordenados (como política, objetivos, planejamento, implementação, auditorias, etc.) são seguidos; o que não é suficiente para garantir que o sistema de gestão seja eficaz (Barreiros, 2002, p.17). Eficácia depende da interação entre as partes do sistema, considerando-se a definição clássica de sistema como constituído por partes que interagem umas com as outras (SENGE P.M., 1990; WARING; GLENDON, 1998; SENGE et al., 1998).

Waring; Glendon (1998) mostram que, para a concepção de um sistema, é necessário definir a fronteira dentro da qual sua missão será executada, o que permitirá: delinear as entradas (fatores do ambiente organizacional) e as saídas (conseqüências dos processos centrais que definem a funcionalidade do sistema, no ambiente organizacional interno). Para isso, é necessário identificar e compreender os fatores organizacionais externos e internos.

Ao contrário dos fatores internos à organização, os fatores do ambiente externo que entram no sistema, afetando seu funcionamento, são independentes da organização e sobre eles esta pode exercer controle muito limitado. Exemplos deles são: o estágio de desenvolvimento tecnológico do país, as políticas econômicas e sociais e a legislação de SST.

⁵ Disponível em: www.protecao.com.br. Acesso em 04/01/ 2008.

⁶ SENGE, P. M. A quinta disciplina: arte, teoria e pratica da organização de aprendizagem. São Paulo: Editora Nova Cultural; 1990. 352 p.

⁷ WARING A. GLENDON, I. A. Managing risk: critical issues for survival and success into the 21 st century. London: International Thomson; 1998. 493 p.

⁸ SENGE, P.M. et al.. A dança das mudanças. Tradução de Bazan Tecnologia e Linguística. Rio de Janeiro: Campus, 1999. 676 p.

O objetivo principal do sistema de gestão da SST deve ser o de criar as condições para que riscos nos locais de trabalho sejam gerenciados de modo consistente e em coerência com a natureza das atividades da organização, além de serem mantidos em níveis aceitáveis pelas partes interessadas. Intensifica-se, com isso, a consciência sobre a segurança no trabalho.

Um dos guias mais utilizados é o OHSAS 18001, desenvolvido pela British Standard Institution/International Organization for Standardization (BSI/ISO), o que se deve à adoção anterior pela organização de outros sistemas de gestão da mesma família, cujos elementos mantêm correspondência: a norma 14001, versão 1996, que trata da gestão do meio ambiente e a norma 9001, versão 2000, que trata da gestão da qualidade.

A versão 2007 da OHSAS 18001 está em processo de adequação pelas organizações, sendo de dois anos o prazo estipulado para isso. Está em fase de implementação pela empresa em estudo, a versão de 1999 mantendo-se ainda válida por manter os mesmos elementos e requisitos. As poucas alterações da nova versão tratam da comunicação interna entre os vários níveis e funções da organização (sub-requisito 4.4.3.1) e da participação dos empregados por meio de seu envolvimento na avaliação de riscos e determinação de controles e consulta a subcontratados quando houver mudanças que afetem sua SST (sub-requisito 4.4.3.) (BSI, 2007, p.9).

4. A implementação dos sistemas de gestão de SST e fatores contextuais que limitam seu sucesso

Destacam-se na literatura os relatórios referentes ao projeto da Nuclear Energy Agency (NEA) da Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). Para identificar os fatores organizacionais nas agências nucleares pesquisadas, a metodologia utilizada permitiu chegar a oito categorias descritivas, resultantes do reagrupamento de 160 fatores identificados, quais sejam: (i) relações inter-organizacionais; (ii) visão, metas e estratégias; (iii) supervisão e controle; (iv) gestão de operação; (v) operação e desempenho; (vi) recursos; (vii) tecnologia e (viii) resultados (WILPERT et al., 1999, p. 26).

Listagem de fatores externos às fronteiras das organizações que podem impactar sua cultura e desempenho foi elaborada pela OECD (1999, p.12), com os seguintes itens: (i) situação política, (ii) sistema legal, (iii) sistema econômico (ex: a desregulamentação), (iv) aspectos culturais, (v) status social e educacional da força de trabalho, (vi) outras instituições e organizações (ex.: sindicatos), (vii) autoridades regulamentadoras, (viii) percepção e opinião pública, (ix) relatórios da imprensa, e (x) percepção dos empregados sobre o status dos seus cargos.

A conclusão deste projeto da OECD (1999), em relação a fatores externos, é que grandes obstáculos para a construção de usinas nucleares em ambientes seguros não é o estágio de desenvolvimento tecnológico do país, mas o contexto das intensas mudanças econômicas e políticas que possibilitaram a desregulamentação do mercado de eletricidade. A privatização do setor, novas práticas de gestão que reduzem a força de trabalho e ampliam a terceirização e incertezas sobre preços futuros de energia são alguns dos fatores externos relevantes que, ocorrendo no âmbito mundial, são comuns a diversos setores. O fator consequente a esses, visto como fundamental para o setor de energia nuclear que se faz presente em outros de alto risco é “confiança pública”, a qual só pode ser conquistada, de acordo com o relatório, com “boas práticas” de comunicação (BAUMONT; et al.. 2000a, p.9).

No Brasil, as mudanças ocorridas na economia mundial, nas relações sociais e políticas, na tecnologia, na organização produtiva e nas relações de trabalho assumiram expressão maior em consequência da abertura abrupta da economia, da implementação dos programas de estabilização monetária e das reformas constitucionais que visam à redução e à reorientação do papel do Estado na economia. Nesse contexto, os fatores conjunturais de sobrevivência, muitas vezes, se sobrepõem aos objetivos de mudanças de longo prazo na sociedade que conduzam a melhorias de condições de vida e trabalho e bem-estar dos indivíduos (LIMONGI-FRANÇA e ARELLANO, 2002).

Diversos trabalhos focalizam as características da organização, ou do próprio sistema de gestão de SST, que aumentam a probabilidade do sistema ser eficaz: Sagan (1993), Waring (1996), Pidgeon e Turner (1997), Perrow (1999), Nielsen (2000), Gallagher et al.. (2001), Weick e Sutcliffe (2001), Bluff (2003), Frick (2003), Hale (2003), Poon et al.. (2003), Barreiros (2002 e 2003), Giovannini e Kruglianskas (2004).

Estes autores têm em comum a ideia de que na implantação do SGSST, frequentemente, diversos fatores não são contemplados devidamente. Pode-se, assim, definir fatores organizacionais como aqueles cuja consideração no contexto organizacional propiciam maiores possibilidades de que o sistema de gestão de SST produza melhorias no desempenho da SST ao longo do tempo. Na perspectiva adotada neste trabalho, podem ser vistos a partir do tema mais abrangente da cultura organizacional, e, mais especificamente, da cultura da segurança. Embora não exista consenso entre os autores estudados sobre quais fatores devam ser privilegiados, todos mostram a importância da relação entre fatores internos e externos, concluindo que, desenvolvendo os internos (como compromisso da alta-administração com segurança, alocação de recursos, comunicação e competências), uma organização se fortalece para confrontar os externos, mesmo diante do reduzido controle que ela pode exercer sobre estes.

Diferentes modelos de sistemas de gestão de SST têm, ao longo de seu desenvolvimento, contemplado muitos desses fatores, e os sistematizado na forma de procedimentos. Na linguagem de Bluff, os sistemas são formados por “estruturas e processos”⁹, que, no entanto, não são incorporados adequadamente como fatores do ambiente organizacional em constante transformação para o fortalecimento da cultura de segurança.

5. O estudo exploratório

A pesquisa empírica baseou-se em modelo da IAEA, selecionado entre os levantados por Wilpert et al. (1999)¹⁰. Isto pelo fato de o Brasil ser membro ativo da agência e, devido ao grande número de países membros, a influência da cultura nacional sobre a cultura organizacional ser preocupação constante dos seus especialistas.

5.1 A empresa selecionada

Foram levantadas, inicialmente, 64 empresas com grau de risco 4 (Atlas, 2002) entre as 150 com SGSST OHSAS 18001 (versão 1999) no Estado de São Paulo (QSP, 2006), num universo de aproximadamente 81 mil estabelecimentos industriais no estado (Fiesp/Seade11).

A empresa pesquisada foi selecionada por, em 2002, ter sido certificada pelo guia BSI OHSAS 18001 (versão 1999), além da ISO 14001, portanto, estar no estágio sistêmico de desenvolvimento da gestão de SST, ser de alto risco, ser referência entre as mencionadas acima em apresentar características como preocupação com sua imagem, com o desenvolvimento de uma responsabilidade social, com a ética nos negócios, e, por estar estudando traços de sua cultura organizacional a empresa manifestou forte interesse em avaliar sua cultura de segurança como um valor na organização.

Foram pesquisadas duas das nove plantas existentes na empresa selecionada (Planta A e Planta B), por apresentarem, de acordo com seus especialistas de SST, as atividades com maior risco de acidente. Em 2007 estas duas plantas continham 2502 empregados (18% do total de 14 mil empregados da empresa).

Todas as atividades deste estudo foram feitas com a autorização da IAEA, para utilização do questionário e do presidente da empresa selecionada. Na empresa, o coordenador do estudo foi o gerente de meio-ambiente, saúde e segurança, em conjunto com o pesquisador, seguindo as orientações das publicações da IAEA (2002a, 2002c). Termo de consentimento livre e esclarecido foi também apresentado aos respondentes e assinado por todos.

⁹ De acordo com Bluff (2003, p.7) elementos estruturais são pessoas, enquanto elementos dos processos são estágios ou procedimentos para a tomada de ação. Nesta concepção, pode-se dizer que os elementos do SGSST OHSAS 18001 (política, planejamento etc.) são processos, e os requisitos de cada elemento dizem respeito ao que as pessoas devem fazer para conduzir os processos.

¹⁰ Wilpert et al. (1999) levantam, a partir de extensa revisão da literatura, treze modelos de avaliação de cultura da segurança (ou de fatores organizacionais) publicados por comissões ou agências internacionais a exemplo da OECD/NEA, ASCOT Indicators of IAEA, US Nuclear Regulatory Commission, Swiss Federal Nuclear Safety Commission, Health and Safety Management – UK, Finnish Safety Evaluation Memorandum, Swedish Factors to Promote Continuous Improvement Organization, Carl Rollenhagen’s model, Safety Through Organizational Learning, Cognitive Reliability and Error Analysis Method, Technic of Operations Review, TRIPOD e Ontário Hydro Performance Assessment Report.

¹¹ Fiesp/Seade, Atlas da Competitividade Industrial Paulista (<http://intranet.seade.gov.br/projetos/fiesp>, acesso em 02/12/2008).

5.2 Plano de amostragem

O plano foi feito a partir de listagem de empregados fornecida pela empresa. Essa relação continha apenas número de registro e cargo, além de função, no caso dos empregados operacionais, preservando o anonimato do pesquisado.

Para os cargos ocupados por pequeno número de indivíduos (administrativos – diretor de produção, gerente, supervisor - e empregados operacionais com funções para as quais havia poucos ocupantes, a exemplo de analista de produção, montador de ensaios, torneiro, afiador de ferramentas, etc.), a totalidade dos empregados foi pesquisada. Para o restante dos empregados operacionais foi elaborada amostragem probabilística, estratificada e proporcional ao número de pessoas em cada uma das duas plantas pesquisadas, assim como ao número de empregados em cada função. Chegou-se, assim, ao total de 231 pesquisados, 113 na Planta A e 109 na Planta B, distribuídos conforme a Tabela 1, a seguir.

Planta A - Estudo piloto, executado em outra empresa, assegurou a qualidade e compreensão das questões, permitiu obter a variabilidade do Índice de Cultura de Segurança e calcular o tamanho da amostra. O tamanho necessário para se obter um estimador do Índice Médio de Cultura de Segurança (IMC) foi calculado estabelecendo-se o valor de 5% para o erro tipo I, 94% para o poder da amostra, 6,95 para o desvio-padrão e erro máximo de estimação igual a três. Foi definida amostra mínima de 70 funcionários, de modo que a diferença entre o IMC obtido e o da população fosse no máximo três, com 95% de probabilidade. Trinta e oito respondentes pertenciam a cargos em que todos os ocupantes participaram da pesquisa: 23 supervisores, dois gerentes de seção, um gerente de divisão, um diretor da produção e 11 empregados operacionais. Para os outros empregados operacionais foi feito sorteio aleatório proporcional ao número de pessoas nos turnos¹². Acrescentou-se ainda folga proporcional ao número de pessoas por turno, e nos dias de aplicação do questionário, a amostra totalizou 113 respondentes, número superior à amostra prevista, o que elevou sua confiabilidade.

Planta B - Com universo de 858 empregados, o tamanho da amostra foi estabelecido com base nos resultados do teste-piloto e do estudo da Planta A anteriormente concluído. Chegou-se a amostra mínima de 64 funcionários e a um desvio padrão de 6,70, mantendo-se os mesmos valores para os outros parâmetros. Os cargos dos quais todos os ocupantes participaram da pesquisa compreenderam 28 respondentes: 13 supervisores, um gerente e um diretor da produção, além de 13 empregados operacionais. Os outros empregados operacionais, sorteados aleatoriamente, somaram 53 indivíduos. No dia da pesquisa a amostra totalizou 109 respondentes (Tabela 1).

Tabela 1 – População e amostra estudada

Cargos	Planta A – população		Planta B – população	
	Geral	Estudada	Geral	Estudada
Diretor	1	1	1	nr
Gerente de divisão	1	1	1	1
Gerente de Seção*	2	2	-	-
Supervisor**	23	23	13	11
Empregado Operacional	1602	86	858	97
População total	1629	113	873	109

Fonte: empresa pesquisada, 2007.

* na Planta B não há gerente de seção.

** na Planta B dois supervisores não estavam presentes na empresa no dia da pesquisa.

nr = não respondeu.

5.3 Procedimento de autoavaliação da cultura de segurança

O instrumento de autoavaliação foi constituído de questionários estruturados, fechados, diferentes para os cinco tipos de cargos, com oito questões pessoais e entre 18 a 23 questões sobre comportamentos relacionados à segurança do trabalho. Sua aplicação seguiu as recomendações do documento Key practical issues in strengthening safety culture (IAEA; 2002b), desenvolvido pelo INSAG para a IAEA.¹³

Para cada questão foram apresentadas cinco opções de escolha, estabelecidas segundo a escala de Likert (Mattar, 2000) e respondidas de acordo com o nível de percepção do respondente (Tabela 2).

Tabela 2 - Opções de escolha e pontuações correspondentes

Número	Opção		Pontos	Pontos *
		Percepção		
1		Concordo	4	1
2		Concordo parcialmente	3	2
3		Discordo parcialmente	2	3
4		Discordo	1	4
5		Desconheço	0	0

FONTE: Adaptado por Richers com dados de Obadia (2004)

A pontuação total das respostas de cada indivíduo é dada pelo somatório das pontuações obtidas em cada questão e foi utilizada para a construção dos Índices de Cultura Individual e Médio, por cargo e turno. Para chegar ao índice de cada fator organizacional que compõe a Cultura de Segurança de cada cargo, agruparam-se as questões que dizem respeito a cada fator. Os fatores selecionados e os pesos a eles atribuídos, conforme a IAEA (2002c), além do número das questões correspondentes, estão na Tabela 3, a seguir.

Os questionários dos empregados e supervisores não apresentavam questões que avaliassem os fatores organizacionais F2 e F3, “Compromisso da alta administração com segurança” e “Alocação adequada de recursos” respectivamente.

Os fatores organizacionais externos descritos no documento da IAEA (2002c), a exemplo da situação econômica e política, das políticas públicas e legislação de SST, entre outros, não são objeto desta avaliação¹⁴.

¹² Há quatro turnos de trabalho, turno I das 06h00 às 15h35, turno II das 15h35 às 01h05, turno III das 20h20 às 6h15 e turno IV das 7h30 às 17h06. No turno IV estão o gerente de divisão e o diretor da área.

¹³ O questionário está disponível no site www.iaea.org/ns/coordinet.

Para obtenção dos dados estatísticos (Índices de Cultura de Segurança Individual – IC, Índice Médio da Cultura de Segurança por cargo – IMC, Índices por Fatores Organizacionais – IF e Média Ponderada dos Índices para cada Fator Organizacional por cargo – MPIF) foram utilizados os programas Microsoft Excell e Minitab 15 Statistical Software. Para comparação do IMC entre os cargos foram utilizados os gráficos: Doplott, gráfico de valores individuais e gráfico de intervalos de confiança de 95%.

Tabela 3 - Fatores organizacionais, valor atribuído e questões associadas por cargo

FO	Peso*	Fator Organizacional	Empregado	Supervisor	Gerente de seção	Gerente de divisão	Diretor de Produção
F1	10	Melhoria contínua na segurança	16, 17, 18, 19, 20	1, 2, 6, 8, 15	4, 9, 11, 19, 22	7, 14, 17, 19, 22, 23	8, 16, 18, 19, 20, 21
F2	09	Compromisso da alta administração com segurança	--	--	1, 2, 3, 14, 18	3, 4, 6, 12, 13	4, 5, 6, 7, 11, 12
F3	05	Alocação adequada de recursos	--	--	5, 12, 16	8, 11, 15	9, 10, 14
F4	04	Comunicação eficaz e transparente	1, 7, 10	3, 4, 10, 13, 16, 17	6, 7, 15, 17, 20.	1, 2, 5	2, 15
F5	03	Abordagem sistemática da segurança	6, 12, 13	5, 9, 18	8, 13	9, 18	13
F6	03	Capacidades e competências	2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 14, 15	7, 11, 12, 14	10, 21, 23	10, 16, 20, 21	1, 3, 17

FONTE: Elaborado por Richers (2007)

* FONTE: IAEA; 2002c. Obs: Em escala de 01 a 10, o "10" representando o fator mais importante.

Todos os resultados da autoavaliação da cultura de segurança das Plantas A e B da empresa estudada, dos empregados por cargo e dos fatores organizacionais por cargo foram analisados por meio do seu índice médio, calculado usando-se as fórmulas descritas a seguir e classificados de acordo com a Tabela 4. Esta é a mesma classificação conceitual definida pela Eletronuclear e pelo Instituto de Engenharia Nuclear para a autoavaliação da cultura de segurança (Eletronuclear, 1999; OBADIA, 2004, p.160).

O cálculo da pontuação absoluta e relativa de cada questão permite a seleção das questões com menor pontuação e identifica possibilidades de melhoria. Entende-se por Pontuação Absoluta (PA) a pontuação total obtida por questão e a Pontuação Relativa (PR) igual a cem vezes a pontuação total (Pt) obtida por questão dividida pela pontuação total máxima (Pt máx.) possível menos a pontuação máxima (P máx.) das questões anuladas, como segue:

$$PR = 100 \times Pt \text{ obtida por questão} / (Pt \text{ máx. possível} - P \text{ máx. das questões anuladas})$$

O cálculo do Índice Médio de Cultura de Segurança (IMC) (média aritmética do IC para cada cargo) considera a pontuação de todas as questões de cada respondente de cada cargo.

O Índice de Cultura de Segurança Individual (IC) e o Índice Médio de Cultura de Segurança (IMC) são calculados de acordo com as fórmulas a seguir:

$$IC (\%) = 100 \times Pt \text{ obtida por funcionário} / (Pt \text{ máx. possível} - P \text{ máx. das questões anuladas})$$

$$IMC (\%) \text{ por cargo} = \text{Soma IC} (\%) / \text{número de funcionários por cargo}$$

A análise estatística do IC e do IMC foi realizada calculando-se a média e a mediana, com base no desvio padrão, erro máximo da estimativa e intervalo de confiança pré-estabelecidos, elaborando-se histograma para os cargos de empregados operacionais e supervisores, por turno.

As informações pessoais foram cruzadas para possibilitar análise por idade, tempo de empresa, sexo e nível de escolaridade, de modo a apreender se essas variáveis interferem no Índice de Cultura de Segurança.

O cálculo dos índices médios de cada fator organizacional, por cargo, (fórmula a seguir) considera a pontuação de todos os respondentes, relativa ao grupo de questões que correspondem a cada fator, segundo a distribuição estabelecida na Tabela 3, acima.

$$IF (\%) = 100 \times Pt \text{ obtida por fator organizacional} / Pt \text{ máx. possível.}$$

Os pesos atribuídos a cada fator (Tabela 3) foram considerados para calcular a Média Ponderada dos Índices para cada Fator Organizacional (MPIF), por cargo:

$$MPIF (\%) = (IF1 \times \text{peso1}) + (IF2 \times \text{peso2}) + \dots + (IF6 \times \text{peso6}) / \text{soma dos Pesos.}$$

$$MPIF (\%) \text{ empregados} = (IF1 \times 10) + (IF4 \times 4) + (IF5 \times 3) + (IF6 \times 3) / 20.$$

$$MPIF (\%) \text{ supervisores} = (IF1 \times 10) + (IF4 \times 4) + (IF5 \times 3) + (IF6 \times 3) / 20.$$

¹⁴ Eles podem ser identificados e observados, a organização pode reagir a eles e, em muitas situações, não têm governabilidade sobre eles. A estratégia da organização para se adequar ao conjunto cambiante de fatores externos contribui para a formação da cultura organizacional. Além disso, tão bem preparada estará uma organização para enfrentar os fatores organizacionais externos, quanto melhor implementados estiverem os internos (OCDE, 1999, p. 12).

$$\text{MPIF (\%)} \text{ gerente de seção} = (\text{IF1} \times 10) + (\text{IF2} \times 9) + (\text{IF3} \times 5) + (\text{IF4} \times 4) + (\text{IF5} \times 3) + (\text{IF6} \times 3) / 34$$

$$\text{MPIF (\%)} \text{ gerente de divisão} = (\text{IF1} \times 10) + (\text{IF2} \times 9) + (\text{IF3} \times 5) + (\text{IF4} \times 4) + (\text{IF5} \times 3) + (\text{IF6} \times 3) / 34$$

$$\text{MPIF (\%)} \text{ diretor de produção} = (\text{IF1} \times 10) + (\text{IF2} \times 9) + (\text{IF3} \times 5) + (\text{IF4} \times 4) + (\text{IF5} \times 3) + (\text{IF6} \times 3) / 34$$

Todos os índices foram classificados de forma conceitual, de acordo com as relações apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 4 - Classificação dos índices médios da Cultura de Segurança

Índice médio (%)	Classificação
Entre 85 e 100	Ótima
Entre 75 e 85	Boa
Entre 65 e 75	Satisfatória
Entre 50 e 65	Regular
Entre 00 e 50	Insatisfatória

FONTE: Adaptado por Richers com dados de Obadia (2004)

6. Resultados e discussão

Os resultados da aplicação do instrumento de autoavaliação apontam não apenas quais os fatores a serem melhorados, mas também os comportamentos menos seguros, dados pelas questões com menores pontuações. Apontam-se assim prioridades para o planejamento das ações para a melhoria de comportamentos inseguros, que constituem práticas de gestão de aprimoramento de fatores organizacionais importantes para implementar soluções alternativas aos problemas da cultura de segurança.

A busca de excelência pela empresa selecionada se dá pela implementação de um sistema de gestão de SST, o que indica que a organização já tem uma cultura de segurança relativamente desenvolvida. No entanto, esta não é uma cultura formada por meio de um conjunto sistematizado de procedimentos baseados em avaliações quantitativas e qualitativas que promovam acumulação de conhecimento sobre diferentes empresas, levando ao desenvolvimento tanto do campo teórico sobre o tema, como de sua aplicação, de modo a fortalecer a cultura de segurança.

A elaboração de índices de cultura de segurança pela IAEA contribui tanto para esse desenvolvimento teórico como para sua aplicação, visto que permite a autoavaliação interna das organizações, complementando as boas práticas do sistema de gestão de SST e seus processos externos de avaliação.

Neste trabalho, esses índices foram aplicados – seguindo a orientação da IAEA (2002a) – individualmente e, em razão dos cargos serem diferenciados em relação à responsabilidade pela segurança do trabalho, por cargo existente na empresa. Foram comparados os índices de supervisores e empregados operacionais, o que não pôde ser feito com os outros cargos, por serem preenchidos por um ou poucos indivíduos.

6.1 Planta A - Resultados da avaliação da cultura de segurança

6.1.1 Resultados da avaliação da cultura de segurança – índice médio da Cultura de Segurança por cargo e planta

Análise comparativa dos resultados do índice médio da Cultura de Segurança para os diferentes cargos da Planta A

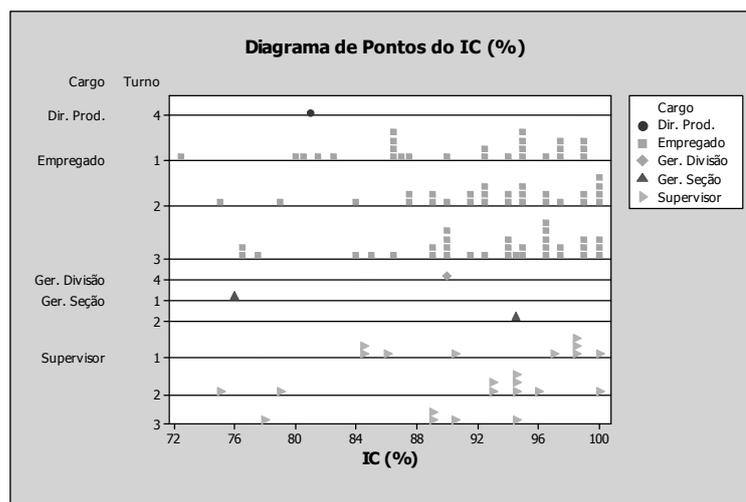


Gráfico 1 - Índice da Cultura de Segurança Individual (IC) por cargo e por turno - Planta A, em 12/06/07

FONTE: Elaborado por Richers (2007) -- Obs.: Cada ponto corresponde a um respondente.

A maioria dos empregados e supervisores apresentou IC ótimo (entre 85 e 100% das respostas às questões). A menor pontuação para a questão 16 foi verificada entre os empregados operacionais (Comuniquei por escrito a última falha ou problema que vi no trabalho) e se refere a uma instrução clara de SST, o que mostra sua não implantação nos procedimentos de gestão de segurança. Isto é particularmente relevante pelo fato da questão compor o fator "melhoria contínua", o qual tem o maior peso na composição do Índice dos Fatores Organizacionais (IF), isto é, seus impactos sobre a segurança do trabalho são os mais intensos e mais abrangentes. Índice satisfatório (entre 65 e 75%) foi observado para apenas um empregado operacional, lotado no turno I.

Os cargos ocupados por poucos indivíduos mostraram heterogeneidade, tanto entre o diretor de produção e o gerente de divisão, quanto entre os dois gerentes de seção respondentes. Do pessoal administrativo, desta planta, os que obtiveram índice bom, e, portanto têm possibilidade de melhoria, são o gerente de seção do turno I (índice 76,09%) e o diretor de produção (índice 80,95%). Em relação ao último, o índice torna-se compreensível ao se verificar o indicador utilizado para aferi-lo: o costume de comparar a empresa com outras em relação à cultura de segurança não está consolidado, por ter sido esta pesquisa a primeira sobre o tema a ser realizada na

organização em estudo. Já o gerente de seção do turno I teve o índice mais baixo de todos os administradores pesquisados; os indicadores que levaram a esta avaliação mostram que seu baixo índice resulta de falta de decisões em comum acordo sobre implementação de melhorias na SST e baixa iniciativa para implementá-las, além de seu baixo estímulo à comunicação por escrito sobre ações inseguras. O restante do pessoal administrativo (gerente de seção do turno II e o gerente de divisão) apresentou índices ótimos.

Tabela 5 - Índice médio de Cultura de Segurança (IMC) e índice individual de Cultura de Segurança (IC) dos cargos da Planta A

CARGOS	Planta A	Observação
	IMC	
Diretor de produção	Bom 80,95%	N=1
Gerente de divisão	Ótimo 90,22%	N=1
Gerente de seção	Ótimo 85,33%	N=2 IC mais alto no turno I =76,09% IC mais alto no turno II = 94,57%
Supervisor	Ótimo 91,24%	N=23 DP=7,19 Intervalo de Confiança 95% do IMC entre 88 a 94%
Empregado	Ótimo 91,79%	N=86 DP=6,67 Intervalo de Confiança 95% do IMC entre 90 a 93%

Fonte: Elaborado por Richers (2007)

Para o cargo de diretor de produção, as questões com menores pontuações foram: questão 16 (Tenho meios independentes de verificação, externos ao setor ou à empresa, dos meus processos de gerenciamento da segurança no trabalho), questão 18 (Costumo comparar esta empresa com outras na questão da cultura de segurança no trabalho), questão 19 (Foi feita uma revisão da cultura de segurança no trabalho nesta empresa e o resultado foi comparado com outras empresas nos últimos dozes meses), estas questões influem na melhoria contínua dos processos de segurança; questão cinco (Segurança no trabalho foi o primeiro item discutido na última reunião da alta administração) responsável pela redução do compromisso da alta administração com segurança nas organizações que lidam com tecnologia perigosa; e questão 17 (Sei quando estou me tornando complacente com uma atividade que não é realizada com segurança), questão relacionada com capacidades e competências deste cargo.

Questões com menores pontuações relacionadas ao cargo de gerente de divisão, como a questão quatro (A segurança no trabalho foi o primeiro item discutido em nossa última reunião da alta administração) e a questão dez (Estou ciente de quais ações improvisadas de segurança do trabalho, quebra galhos, existem e continuo a permiti-las), influem no compromisso da alta administração, nas capacidades e competências, respectivamente.

Gerentes de seção avaliaram, com baixa pontuação, comportamentos como o da questão nove (Minha equipe me comunicou recentemente os procedimentos de segurança no trabalho deficiente, e tomei as medidas necessárias a respeito) e a questão 21 (Fui claro sobre quem é responsável pela implementação da última melhoria de segurança do trabalho sobre a qual decidimos em comum acordo), que influem diretamente na melhoria contínua e na sua capacidade e competência respectivamente. E, as questões 18 (Preocupe-me prontamente quando a última ação insegura me foi reportada. Cheguei a agradecer e dar respaldo a pessoa que me reportou o fato) e questão um (A segurança do trabalho foi o primeiro item discutido em nossa última reunião gerencial), que influem no compromisso da alta e média administração com a segurança.

6.1.2 Resultados da avaliação da cultura de segurança e relações possíveis com fatores organizacionais

Estudo comparativo do índice dos fatores organizacionais (IF) por cargo da Planta A.

Tabela 6 – Análise comparativa do índice dos fatores organizacionais (IF), por cargo – Planta A, em 12/06/07

FO	FO	Empregado	Supervisor	Gerente de seção	Gerente de divisão	Diretor de produção	Peso
F1	Melhoria contínua na segurança	86,22	94,35	82,50	95,83	62,50	10
F2	Compromisso da alta administração c/ segurança			82,5	85,00	87,50	9
F3	Alocação adequada de recursos			100,00	100,00	100,00	5
F4	Comunicação efetiva e transparente	90,70	91,30	85,00	100,00	87,50	4
F5	Abordagem sistemática da segurança	92,05	91,67	87,50	87,50	100,00	3
F6	Capacidades e competências	94,83	86,96	79,17	75,00	75,00	3
Média Ponderada do IF		89,28	92,23	85,51	91,50	81,99	

FONTE: Elaborado por Richers (2007)

A média ponderada dos índices dos fatores organizacionais (MPIF) para todos os cargos mostrou-se ótima (entre 85 e 100%), exceto para o de Diretor de Produção, que é boa (entre 75 e 85%) devido a comportamentos com baixa pontuação, já descritos no item anterior, e que influem na melhoria contínua, fator organizacional com maior peso.

Os índices dos fatores organizacionais foram construídos pela soma da pontuação de questões que foram agrupadas em seis conjuntos, cada um correspondendo a um fator. Para obter o índice médio dos fatores organizacionais, a IAEE atribuiu pesos diferentes a cada um.

Na Planta A, os fatores organizacionais que atingiram índices máximos são “alocação adequada de recursos” pelos gerentes e diretor, e “comunicação efetiva e transparente” pelo gerente de divisão. A alocação adequada de recursos significa nesta pesquisa prioridade à segurança do trabalho mesmo em detrimento da produção. Este fator também atingiu índice máximo na Planta B pelo gerente de divisão (item 4.2).

Outros dois fatores organizacionais atingiram o maior índice “abordagem sistemática da segurança” e “capacidades e competências”, ambos pelo gerente de divisão.

A maior fragilidade da cultura de segurança, conforme indicada pelo índice de fatores organizacionais, está nos fatores “melhoria contínua da segurança” para os cargos de diretor de produção, gerente de seção e empregados operacionais e “capacidade e competência” para gerentes e diretor de produção. Para se saber a razão dos baixos índices dos fatores, deve-se examinar as questões que os compõem, algumas já descritas no item 4.1.1.

A cultura de segurança encontra-se mais fortalecida para o fator “Alocação adequada de recursos”. Afinal seu índice foi de 100% para todos os cargos em que este fator foi avaliado.

A Tabela 7, a seguir mostra, por cargo, essas questões e os fatores organizacionais com índices mais baixos, e também alguns classificados como ótimos (acima de 85%) que, no entanto, tiveram em sua composição questões com pontuação abaixo de 85%, as quais exigem, por isso, maior investigação, pois elas fundamentam as considerações que podem ser incorporadas no planejamento para melhoria da cultura de segurança na empresa.

Tabela 7 – Fatores organizacionais com menores índices por cargo da Planta A e a pontuação das questões correspondentes

Fator Organizacional	Cargo	IF (%)	Questões com menores índices		
			Nº da questão	Pontuação Relat. (%)	Descrição
F1 Melhoria contínua na segurança	Diretor de produção	62,5	Q.16	25	Tenho meios independentes de verificação, externos ao setor ou à empresa, dos meus processos de gerenciamento da segurança no
			Q.18	25	Costumo comparar esta empresa com outras na questão da cultura de segurança no trabalho.
			Q.19	25	Foi feita uma revisão da cultura de segurança no trabalho nesta empresa e o resultado foi comparado com outras empresas
	Gerente de seção	82,50	Q.09	37,5	Minha equipe me comunicou recentemente os procedimentos de segurança no trabalho deficientes, e tomei as medidas necessárias a respeito
Empregado operacional	86,22	Q.16	71,51	Comuniquei por escrito a última falha ou problema que vi no trabalho	
		Q.20	80,52	Certifico-me de que os trabalhadores do próximo turno estejam totalmente informados com respeito à segurança do trabalho, ao me substituírem no local de trabalho.	
F2 Compromisso da alta administração com segurança	Diretor de produção	87,50	Q.05	25	Segurança no trabalho foi o primeiro item discutido na última
	Gerente de divisão	85,00	Q.04	25	A segurança no trabalho foi o primeiro item discutido em nossa
	Gerente de seção	82,50	Q.01	62,5	A segurança do trabalho foi o primeiro item discutido em nossa
Q.18			50	Preocupe-me prontamente quando a última ação insegura me foi reportada. Cheguei a agradecer e dar respaldo a pessoa que me reportou o fato.	
F4 Comunicação efetiva e transparente	Gerente de seção	85,00	Q.07	75,0	Nossos procedimentos de segurança do trabalho são simples de ser compreendidos e seguidos.
			Q.15	75,0	Meu pessoal busca conselhos quando estão com dúvidas a respeito da segurança do trabalho.
F5 Abordagem sistemática da segurança	Gerente de divisão	87,50	Q.18	75,0	Olhamos sistematicamente para outras organizações e outros setores de nossa empresa para
	Gerente de seção	87,50	Q.13	75,0	Minha equipe, na verdade, parou, pensou, atuou e revisou na última vez em que executou uma tarefa relacionada com a segurança do trabalho.
F6 Capacidades e competências	Diretor de produção	75,00	Q.17	25	Sei quando estou me tornando complacente com uma atividade que não é realizada com
	Gerente de divisão	75,00	Q.10	50,00	Estou ciente de quais ações improvisadas de segurança do
			Q.20	75,00	Sei quando estou me tornando complacente com uma atividade
			Q.21	75,00	Realmente sei se nossos procedimentos de segurança do trabalho estão funcionando
	Gerente de seção	79,17	Q.21	50,00	Fui claro sobre quem é responsável pela implementação da última melhoria de segurança do trabalho que decidimos em
Supervisor	86,96	Q.12	75,00	Providenciei ações quando um dos membros da equipe não relatou erros ou falhas iminentes.	

FONTE: Elaborado por Richers (2007)

6.1.3 Resultados da avaliação da cultura de segurança e relações com turno, faixa etária, tempo de serviço, faixa etária e escolaridade

Tabela 8 – Índice médio de Cultura de Segurança (IMC) e índice individual de Cultura de Segurança (IC) dos cargos das Plantas estudadas e observações quanto a turno, tempo de trabalho, escolaridade e faixa etária

Variáveis estudadas	Planta A Supervisor	Empregado Operacional
Turno	> variação Turno II, IMC + baixo no Turno III	> variação e IMC + baixo no Turno I
Tempo de trabalho	IMC aumenta até 20 anos	IMC aumenta até 20 anos
Escolaridade*	Baixa influência	Baixa influência
Faixa etária	Baixa influência	IMC baixa pouco com idade (2 com + 45 anos)

Fonte: Elaborado por Richers (2007)

* Todos os empregados têm, no mínimo, ensino médio (ou curso técnico) completo ao entrar na empresa.

Obs.: Turno I (6h00 às 15h35), turno II (15h35 às 1h05) e turno III (20h20 às 6h15).

O IC na Planta A por sexo foi calculado, sendo que ambos os sexos apresentam ótimo IMC, a diferença não sendo maior que 1% para o sexo masculino. Não se pode, porém, generalizar a observação dado que mulheres ocupam apenas cerca de 12% do total do grupo estudado.

6.2 Planta B - Resultados da avaliação da cultura de segurança

6.2.1 Resultados da avaliação da cultura de segurança – Índice Médio da Cultura de Segurança por cargo e planta

Análise comparativa dos resultados do Índice Médio da Cultura de Segurança dos diferentes cargos da Planta B

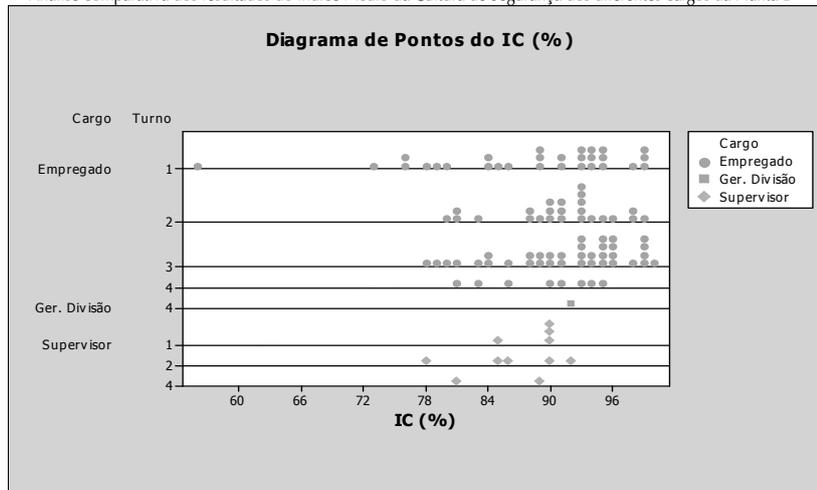


Gráfico 2 - Índice da Cultura de Segurança individual (IC) por cargo e por turno – Planta B, em 12/09/07

FONTE: Elaborado por Richers (2007) Obs.: Cada ponto corresponde a um respondente.

O Gráfico 2 mostra que a maioria dos empregados operacionais, supervisores e o gerente de divisão apresentaram IC ótimo (entre 85 e 100%), destacando-se no turno I o empregado com índice regular (entre 50 e 65%) e outro empregado com índice satisfatório (entre 65 e 75%). Entre os empregados operacionais a questão 16 (Comuniquei por escrito a última falha ou problema que vi no trabalho) obteve valor satisfatório na Planta A e regular na Planta B, sendo esta a única resposta de toda a pesquisa que recebeu a classificação regular.

Na Planta B, a avaliação do pessoal administrativo foi parcial, por não ter o diretor de produção – cargo com alta responsabilidade em assegurar a observação dos procedimentos de SST – participado da pesquisa. Além disso, nessa planta não há o cargo de gerente de seção. O único indivíduo avaliado foi o gerente de divisão, que obteve índice ótimo, o mais alto encontrado na pesquisa, conforme tabela a seguir.

Tabela 9 - Índice médio de Cultura de Segurança (IMC) e índice individual de Cultura de Segurança (IC) dos cargos da Planta B

CARGOS	Planta A	
	IMC	Observação
Diretor de produção	nr	N=1
Gerente de divisão	Ótimo 93,30%	N=1
Gerente de seção	–	–
Supervisor	Ótimo 86,82%	N=11 DP=4,50 Intervalo de Confiança 95% do IMC entre 83 a 89%
Empregado	Ótimo 89,83%	N=97 DP=7,18 Intervalo de Confiança 95% do IMC entre 88 a 91%

Fonte: Elaborado por Richers (2007)

nr = não respondeu

Obs.: Não existe o cargo de gerente de seção na Planta B.

A questão 13 (Após uma falha inesperada, eu primeiramente pergunto quando a fábrica voltaria a operar) recebeu menor pontuação pelo gerente de divisão (entre 50 e 75%), foi também a de menor pontuação em toda a pesquisa, o que, no contexto do trabalho, pode ser interpretado como fator de prioridade à produção e um compromisso fraco da alta administração com a segurança. As demais questões que receberam pontuação próxima de 75%, são: questão um (Realmente sei se nossos procedimentos de segurança no trabalho estão funcionando apropriadamente), questão três (Sei se meus gerentes estão realmente comprometidos com a visão de que uma fábrica cuja “segurança vem em primeiro lugar” é também uma fábrica bem dirigida), questão seis (Fiz, na última semana, algo que demonstra meu compromisso com a

segurança do trabalho), questão sete (Frequentemente elogio as boas práticas em segurança do trabalho e tento melhorar as más) e questão 17 (Minha equipe compreende o potencial das conseqüências para a segurança do trabalho em função dos erros que eles possam cometer).

Para o cargo de supervisor, a questão três recebeu a menor pontuação tanto pelos supervisores da Planta B como da Planta A. Ela compõe o fator “comunicação efetiva e transparente”. Foi assim formulada: O pessoal que irá utilizar nossos procedimentos de segurança do trabalho ajudou a elaborá-los. Essa questão, no entanto, é de grande relevância porque diz respeito à prática de participação. Tanto que a versão 2007 da OHSAS 18001, ainda a ser implementada pelas empresas, deu destaque à participação do pessoal, a qual passou a constituir um novo requisito. É relevante citar que outra questão que forma o fator “comunicação efetiva e transparente” também recebeu pontuação entre 75 e 85%. Foi a questão 16 (Meu pessoal compreende sempre a nossa mensagem sobre segurança do trabalho). Uma maior confiança do supervisor nesse aspecto pode advir da maior participação do pessoal na elaboração de procedimentos de segurança.

A segunda questão com menor pontuação entre 65 e 75% foi a questão sete que compõe o fator “capacidades e competências” (Estou ciente de quais ações improvisadas de segurança no trabalho, ou quebra-galhos, existem, e mais, continuo a permiti-las). A pontuação dessa questão indica que os supervisores da Planta B necessitam de treinamento voltado a diminuir sua complacência com ações improvisadas.

A questão um recebeu a terceira menor pontuação na Planta B, por parte dos supervisores. É relevante considerar que ela compõe o fator “melhoria contínua na segurança”, o qual tem o maior peso na formação do IF conforme Tabela 3. Desse modo, a prioridade de um treinamento para mudança de comportamento teria foco nessa questão (Segurança do trabalho foi o primeiro item discutido em nossa última reunião de equipe). Ressalta-se, no entanto, que ela pode apontar um comportamento circunstancial.

Para o cargo de empregado operacional as questões 16, 10 e 20 referem-se a comportamentos que podem ser melhorados, por terem recebido as menores pontuações, tanto na Planta A, quanto na Planta B, embora não na mesma ordem, e com diferentes valores de pontuação.

A questão 16 teve o valor satisfatório na Planta A e regular na Planta B, sendo esta a única de toda a pesquisa que recebeu a classificação regular. A questão 16 (Comuniquei por escrito a última falha ou problema que vi no trabalho) refere-se a uma instrução clara de SST, o que mostra sua ausência nos procedimentos de gestão de segurança. Isto é particularmente relevante pelo fato da questão compor o fator “melhoria contínua”, o qual tem o maior peso na composição do IF, isto é, seus impactos sobre a segurança do trabalho são os mais intensos e mais abrangentes.

As outras duas questões com menor pontuação são a 10, 20, 18 e 12. A questão dez (As instruções de procedimentos de segurança do trabalho seriam mais fáceis de entender e de seguir se eu estivesse envolvido na elaboração das mesmas) refere-se à comunicação eficaz e transparente, que ganha destaque na versão de 2007 do OHSAS 18001. Ressalta-se, nesta questão, que a falha na comunicação é atribuída à falta de participação dos empregados operacionais na elaboração dos procedimentos de segurança. Outra questão, a 20 (Certifico-me de que os trabalhadores do próximo turno estejam totalmente informados com respeito à segurança do trabalho, ao me substituírem no local de trabalho), influi na melhoria contínua. A questão 12 (Estou preparado, atento e/ou alerta, para acontecimentos não previstos ou inesperados) diz respeito ao fator “abordagem sistêmica na segurança”. A 18 (Elogio quando vejo que estão fazendo algo de maneira muito segura) compõe o fator “melhoria contínua na segurança” e mostra que esse fator concentra as maiores dificuldades em relação à SST.

Das cinco questões com pontuação menor, no caso dos empregados operacionais, três fazem parte deste fator (16, 20 e 18). Isto pode estar relacionado com o fato de melhoria contínua ser o fator de maior complexidade, envolvendo um desafio permanente: a exigência de inovação contínua em face dos riscos se darem em circunstâncias e ambientes mutáveis.

Os resultados da avaliação da cultura de segurança mostram que, nas duas Plantas pesquisadas, o índice médio de Cultura da Segurança (IMC) é ótimo (índices de 85 a 100%) no nível de supervisores, empregados e gerentes, e bom (75 a 85%) no de diretoria. De todo o pessoal, os empregados operacionais apresentam o mais elevado índice. A semelhança entre as duas Plantas, provavelmente, se deve ao mesmo sistema de gestão e mesmas condições de SST.

De acordo com os especialistas em SST da organização, a explicação para o IMC ligeiramente superior dos empregados operacionais (89,83%) em relação aos supervisores (86,82%), é o maior esforço no treinamento dos empregados operacionais, expresso pelo número de horas dedicadas a palestras e cursos com aulas práticas envolvendo simulações, já desde o primeiro ano de trabalho na empresa.

Entretanto, os supervisores obtiveram média ponderada IF superior (87,81%) ao dos empregados (86,94%), isto porque o maior peso da “melhoria contínua na segurança” favorece os supervisores. Observa-se que o instrumento de avaliação (o questionário) e as questões que compõem os fatores são diferentes para cada cargo (Tabela 3).

6.2.1 Resultados da avaliação da cultura de segurança e relações possíveis com fatores organizacionais

Estudo comparativo do índice dos fatores organizacionais (IF), por cargo da Planta B.
Tabela 10 – Análise comparativa do índice dos fatores organizacionais (IF), por cargo – Planta B, em 12/09/07

FO	FO	Empregado	Supervisor	Gerente de divisão	Peso
F1	Melhoria contínua na segurança	82,78	89,81	91,67	10
F2	Compromisso da alta administração com a segurança	n.a.	n.a.	80,00	9
F3	Alocação adequada de recursos	n.a.	n.a.	100,00	5
F4	Comunicação efetiva e transparente	89,43	84,85	91,67	4
F5	Abordagem sistemática da segurança	90,74	87,12	100,00	3
F6	Capacidades e competências	93,63	87,81	100,00	3
Média Ponderada do IF		86,94	87,81	91,27	

FONTE: Elaborado por Richers (2007)
n.a. = não se aplicada.

Obs.: O instrumento de auto-avaliação para os cargos de empregado operacional e supervisor não tinham questões específicas para F2 e F3.

A média ponderada dos índices dos fatores organizacionais (MPIF) para todos os cargos é ótima, porém a MPIF do gerente de divisão é mais alta que a dos demais cargos. Embora os empregados operacionais tenham tido um IMC ligeiramente superior ao dos supervisores (89,83 e 86,82% respectivamente), estes obtiveram MPIF muito próxima da MPIF (86,94%) dos empregados, 87,81%, porque, conforme descrito na Tabela 3, o fator organizacional com maior peso é a “melhoria contínua na segurança”.

É notável, pela responsabilidade em assegurar a observação dos procedimentos de SST, que o gerente de divisão tenha atingido o índice máximo (100%), para três dos cinco fatores organizacionais: “capacidades e competências”, “abordagem sistemática da segurança” e “alocação adequada de recursos” (que implica considerar a

segurança do trabalho acima da produção). Esses altos índices certamente contribuem para fortalecer a aderência à cultura da segurança entre os 856 empregados e ele subordinados.

Por outro lado, também é dele o fator organizacional com menor IF (80,00%). “Compromisso da alta administração com a segurança”, este relacionado com cinco questões do questionário de gerente de divisão. Destas, as questões três (Sei se meus gerentes estão realmente comprometidos com a visão de que uma fábrica cuja segurança vem em primeiro lugar é também uma fábrica bem dirigida), seis (Fiz, na última semana, algo que demonstra meu compromisso com a segurança do trabalho) e 13 (Após uma falha inesperada, eu primeiramente pergunto quando a fábrica voltaria a operar) apresentam um escore menor.

A maior fragilidade da cultura de segurança, conforme indicada pelo índice de fatores organizacionais está na Planta B para os fatores “melhoria contínua na segurança” para empregados operacionais; “compromisso da alta administração” para o gerente de divisão e “comunicação efetiva e transparente” para os supervisores.

Para se saber a razão dos baixos índices dos fatores, deve-se examinar as questões que os compõem.

A Tabela 11, a seguir mostra, por cargo, essas questões e os fatores organizacionais com índices mais baixos, e também alguns classificados como ótimos (acima de 85%) que, no entanto, tiveram em sua composição questões com pontuação (abaixo de 85%), as quais exigem por isso, maior escrutínio, pois elas fundamentam as considerações que podem ser incorporadas no planejamento para melhoria da cultura de segurança na empresa.

Tabela 11 – Fatores organizacionais com menores índices por cargo da Planta B e a pontuação das questões correspondentes

Fator organizacional	Cargo*	IF (%)	Questões com menores índices		Descrição
			Nº da questão	Pontuação Relat. (%)	
F1 Melhoria contínua na segurança	Empregados operacionais	82,78	Q.18	83,25	Elogio quando vejo que estão fazendo algo de maneira muito segura.
			Q.16	56,96	Comuniquei por escrito a última falha ou problema que vi no trabalho.
			Q.20	82,99	Certifico-me de que os trabalhadores do próximo turno estejam totalmente informados com respeito à segurança do trabalho, ao me substituírem no trabalho.
F2 Compromisso da alta administração com segurança	Gerente de divisão	80,00	Q.03	75,00	Sei se meus gerentes estão realmente comprometidos com a visão de que uma fábrica cuja "segurança vem em primeiro lugar é também uma fábrica bem dirigida.
			Q.06	75,00	Fiz, na última semana, algo que demonstra meu compromisso com a segurança do trabalho.
			Q.13	50,00	Após uma falha inesperada, eu primeiramente pergunto quando a fábrica voltaria a operar.
F4 Comunicação efetiva e transparente	Supervisor	84,85	Q.03	68,18	O pessoal que irá utilizar nossos procedimentos de segurança do trabalho ajudou a elaborá-los.
			Q.16	81,82	Meu pessoal compreende sempre a nossa mensagem sobre segurança do trabalho.
F5 Abordagem sistemática da segurança	Supervisor	87,12	Q.05	84,09	Meu pessoal compreende o que poderia ocorrer à fábrica ou às pessoas, se os procedimentos de segurança do trabalho não fossem seguidos.
			Q.09	84,09	Meu pessoal, na verdade, parou, pensou, atuou e revisou da última vez que uma tarefa relacionada com a segurança do trabalho foi executada.

FONTE: Elaborado por Richers (2007)

Obs.: Nesta Planta não há gerente de seção e o diretor de produção não respondeu o questionário.

6.2.3 Resultados da avaliação da cultura de segurança e relações com turno, faixa etária, tempo de serviço, faixa etária e escolaridade

Comparando-se a variação do IMC entre empregados operacionais e supervisores, verifica-se que os primeiros mostram maior IMC e maior heterogeneidade que os últimos nas duas Plantas (A e B), em todos os turnos (índices médios entre 88 e 94% e 90% a 93% respectivamente). Já, na Planta (B), para os supervisores do turno III esta variação é de 82% até 94%, intervalo maior que para os supervisores dos turnos I e II.

Possivelmente, essa diferença entre turnos foi determinada pela variável do tempo de trabalho na empresa: todos os supervisores do turno I (6h00 às 15h35) e II (15h35 às 1h05) têm mais de cinco anos de casa, enquanto todos os do turno III (20h20 às 6h15), têm menos de um ano na empresa.

Tabela 12 – Índice médio de Cultura de Segurança (IMC) e índice individual de Cultura de Segurança (IC) dos cargos das Plantas estudadas e observações quanto a turno, tempo de trabalho, escolaridade e faixa etária

Variáveis estudadas	Planta B	
	Supervisor	Empregado Operacional
Turno	> variação e IMC + baixo no Turno IV (n=2)	> variação e IMC + baixo no Turno I
Tempo de trabalho	Baixa influência	IMC aumenta até 20 anos (maioria tem até 10 anos)
Escolaridade	Baixa influência	IMC > entre os que cursam nível superior
Faixa etária	IMC aumenta idade + alta 59 anos	IMC aumenta até 44 anos (11 com + de 45 anos)

Fonte: Elaborado por Richers (2007)

* Todos os empregados têm ensino médio (ou curso técnico) completo.

Obs.: Turno I (6h00 às 15h35), turno II (15h35 às 1h05), turno III (20h20 às 6h15) e turno IV (7h30 às 17h06)

Assim como na Planta A, na planta B, o IC por sexo foi calculado, sendo que ambos os sexos apresentam ótimo IMC, a diferença não sendo maior que 0,5% para o sexo feminino. Não se pode, porém, generalizar a observação dado que mulheres ocupam apenas cerca de 2% do total do grupo estudado.

6.3 Resultados Globais

Da revisão da literatura, conclui-se que comportamentos inseguros influem na cultura de segurança, nos fatores organizacionais a ela relacionados, e ambos na eficácia dos SGSST em reduzir os riscos à saúde nos ambientes de trabalho (Bluff, 2003; Fick, 2003; Gallagher, Underhill e Rimmer, 2001; Guldemund, 2000; IAEA, 1994, 2002^a, 2002^b, 2002^c, OECD, 1999; Poon, Leung e Fung, 2003; Richers, 2005; Weick e Sutcliffe, 2001; Wilpert, Miller e Wahlström, 1999; Zhang, Wiegmann, Tahnden, Sharma e Mitchell, 2002).

O instrumento de avaliação aplicado permitiu concluir que:

Os comportamentos de diretores e gerentes com ótimos índices médios (entre 85 e 100%) são relacionados ao fator “Alocação adequada de recursos”.

Os comportamentos com índices médios mais baixos são de supervisores e empregados operacionais, relativos aos seguintes fatores:

Comunicação entre supervisores e empregados operacionais da Planta B. São os comportamentos responsáveis pelo índice, passíveis de melhoria, comunicação por escrito das mensagens sobre segurança; e incentivo à participação dos empregados operacionais na elaboração dos procedimentos de segurança.

Melhoria contínua entre empregados operacionais em ambas as Plantas. O comportamento mais inseguro em relação a esse fator é o registro por escrito dos problemas de segurança, certificando-se de que os empregados do próximo turno estejam informados.

Capacidades e competências entre os supervisores da Planta A. A fragilidade deste fator deve-se particularmente à complacência com falhas da equipe nos relatos sobre insegurança.

Em relação ao primeiro fator comentado (comunicação entre supervisores e empregados operacionais), salienta-se que sua insuficiência foi também detectada pelos analistas da implementação do SGSST OHSAS 18001, que, após amplo debate, revisaram-na, passando a incluir, na versão publicada em 2007, dois novos requisitos: comunicação entre todos na organização, inclusive terceirizados, e participação dos empregados na elaboração dos procedimentos de segurança.

Ressalta-se que o escopo do questionário limita-se ao levantamento de comportamentos, não sendo esse procedimento suficiente para a compreensão dos pressupostos básicos, descritos por Schein, que fundamentam condutas inseguras. Porém, a incorporação continuada de comportamentos mais seguros, como requisitos de melhoria do SGSST, possivelmente poderia modificar os pressupostos básicos da segurança, que possuem possíveis raízes na sociedade mais abrangente, a exemplo da comunicação entre diferentes níveis hierárquicos, que reflete as profundas desigualdades arraigadas na sociedade nacional.

7. Conclusão

A revisão da literatura e a pesquisa elaborada geraram as seguintes considerações:

Em organizações de alto risco de acidente, a segurança é prioritária, acima da produção, e é uma dimensão estratégica crítica do desempenho da organização que busca a excelência, também conceituada como qualidade total (Limongi-França e Arellano, 2002).

Condição fundamental para segurança é o fortalecimento da “cultura de segurança” e isto exige mudanças na gestão de SST. Essas considerações apontaram a necessidade de incorporação do conceito de cultura de segurança, na estratégia de gestão de SST, em organizações com sistema OHSAS 18001 já implementado. Para isso, é necessário a incorporação, entre os requisitos do SGSST, de procedimentos de avaliação da cultura de segurança de modo a alimentar o processo de melhoria contínua do sistema.

A avaliação de desempenho da SST usual no sistema OHSAS 18001 (auditorias, análise crítica da alta administração, etc.) verifica a presença de procedimentos com conformidade a requisitos estabelecidos. A abordagem da auto-avaliação da cultura de segurança, conforme definido no objetivo geral, pode ser feita utilizando-se de um instrumento que permita o estabelecimento de índices mensuráveis, como indicadores da cultura de segurança organizacional, o que possibilita verificar a conformidade entre comportamentos e valores expressos do sistema de gestão (como missão e visão), assim assegurando um tratamento estratégico aos temas relacionados com segurança.

O instrumento de avaliação da cultura de segurança aplicado neste estudo pôde diferenciar os níveis hierárquicos (operacionais, supervisores, gerentes e diretores) constantes nas duas Plantas. Os resultados revelaram que o tempo de trabalho na empresa faz diferença no fortalecimento da cultura de segurança; indivíduos com menos tempo de empresa e mais treinamento em segurança apresentam melhores índices de cultura de segurança. Esse instrumento de avaliação reflete o quanto de treinamento os indivíduos receberam e fixaram; e revela a importância de sua aplicação para fortalecer comportamentos seguros no ambiente de trabalho.

A aplicação de um instrumento de avaliação da cultura de segurança associada à abordagem sistêmica da gestão de SST aumenta o valor da cultura de segurança, contribuindo de modo pró-ativo à melhoria da segurança, e, portanto, à redução de falhas humanas e organizacionais, que possivelmente constituem as causas (raízes) dos acidentes do trabalho.

Metodologicamente, a análise do resultado, em relação aos cargos com baixo número de indivíduos (diretor e gerente), somente se aplica aos casos estudados, mas como são índices máximos, pode-se supor que o sistema de gestão de SST é eficaz nesses aspectos, sendo possível que outras Plantas desta organização com o mesmo sistema tendam a ter os mesmos resultados. Para que haja confiabilidade nos resultados e consistência dos índices de comportamentos seguros, recomenda-se que eles sejam confrontados com outras fontes, como os relatórios das últimas auditorias do sistema de gestão de SST OHSAS 18001, com os índices de acidentes do trabalho e publicação da missão, objetivos, valores e crenças expressos pelas lideranças da organização.

Referências

- Argyris, C., & Schön, D. (1978) *Organizational Learning: A theory of action perspective*, Reading, Mass: Addison Wesley.
- Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). Norma española experimental. Madrid; 1996, p.15. (UNE 8190EX)
- Anuário Brasileiro de Proteção 2007. Revista Proteção. São Paulo; 2007, p.12.
- Australian Standards / New Zealand Standards (AS/NZS). Australia Standard and New Zealand Standard – Occupational health and safety management systems: specification with guidance for use AS/NZS 4801. Sydney; 2001.
- Barreiros D. Gestão da segurança e saúde no trabalho: estudo de um modelo sistêmico para as organizações do setor mineral. [Tese] São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola Politécnica; 2002. 166p.
- Barreiros D. Contribuição para a compreensão de um sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho. [Apostila]. In: Curso de Mestrado em Sistema de Gestão da Saúde e Segurança do Trabalho. São Paulo: Fundacentro; 2003. 70p.
- Baumont G. et al.. *Organizational factors: Their definition and influence on nuclear safety; final report*. Madrid: Commission of the European Communities, Fourth Framework Programme on Nuclear Fission Safety, 2000a. 40p. (CONTRACT NO ERB F14S-CT98_0051)
- Benite AG. Sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho para empresas construtoras. [Dissertação] São Paulo: Escola Politécnica, Universidade de São Paulo; 2004. p. 52-127.
- Bluff L. *Systematic management of occupational health and safety*. Austrália: National Research Center for OHS Regulation, Universidade Nacional da Austrália; 2003. 64p.
- British Standard Institution (BSI). *Guide to occupational health and safety management system: BS 8800*. London: BSI; 1996. (Occupational Health and Safety Assessment Series)
- BSI. *Occupational health and safety management systems; specification of OHSAS 18001*. London: BSI; 1999. (Occupational Health and Safety Assessment Series)
- BSI. *Occupational health and safety management systems; guidelines for the implementation of OHSAS 18001: BSI OHSAS 18002*. London: BSI; 2000. (Occupational Health and Safety Assessment Series)
- BSI. *Occupational health and safety management systems; guidelines for the implementation of OHSAS 18001: BSI OHSAS 18002*. London: BSI; 2002. (Institution Reference: amendment 14224.) (Occupational Health and Safety Assessment Series)
- BSI. *Occupational health and safety management systems; specification of OHSAS 18001*, 2007, p.9

- Cardella, B. *Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes : uma abordagem holística : segurança integrada à missão organizacional com produtividade, qualidade, preservação ambiental e desenvolvimento de pessoas*. São Paulo : Atlas, 2008.
- Commission of the European Communities (CEE). *Directiva 89/391/CEE do Conselho*. Luxemburgo; 1989. p. 11
- Canadian Chemical Producers Association (CCPA). *Responsible Care Program Canada*; 1985.
- Centro de Qualidade, Segurança e Produtividade (QSP) *Empresas certificadas BS 8800 / OHSAS 18001 no Brasil*. [citado 30 ago 2006] Disponível em <http://www.qsp.org.br> .
- Clinco SDO. *O Hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente*. [Dissertação] São Paulo: Fundação Getúlio Vargas – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2007.
- Cooper, DR, Schindler PS. *Métodos de Pesquisa em Administração*. 7ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. 640p.
- Committee on the Safety of the Nuclear Installations. *Identification and assessment of organizational factors related to the safety of NPPs: state-of-the-art report*. France: NEA - Nuclear energy Agency; 1999. p. 11-21.
- Cunha FAC, Freddi MJAL, Crestana MF, Aragão MS, Cardoso SC, Vilhena V. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005. 114p.
- Freitas ME. *Cultura Organizacional: evolução e crítica*. São Paulo: Thomson Learning; 2007. 108p.
- Freitas ME. *Cultura organizacional: formação tipologias e impactos*. São Paulo: Makron, McGraw-Hill; 1991.
- Frick K. *Organizational development and OHS management in large organizations*. Australian: National Research Center for OHS Regulation; 2003. 513p.
- Gallagher C, Underhill E, Rimmer, M. *Occupational health and safety management systems: a review of their effectiveness in securing healthy and safe workplaces*. Sydney: NOHSC - National Occupational Health and Safety Commission; 2001. 71p.
- Giovannini F, Kruglianskas I. *Organização eficaz: como prosperar em um mundo complexo e caótico, usando um modelo racional de gestão*. São Paulo: Nobel; 2004. p.190-198.
- Guldenmund FW. *The nature of safety culture: a review of theory and research*. The Netherlands: Elsevier Science; 2000. p. 215-257. (Safety Science. v.34)
- Hale A. *Safety management in production, Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*. 2003. 13(3): p.185-201.
- Hudson P. *Applying the lessons of high risk industries to health care*. Quality and Safety Health Care, 2003, 12(i7)
- International Atomic Energy Agency. *Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident International*. Atomic Energy Agency. Vienna: 1986. (INSAG 1).
- IAEA. *Safety culture*. Vienna: 1991. (Safety Series nº 75-INSAG-4).
- IAEA. *ASCOT guidelines. Guidelines for organizational self-assessment of safety culture and for reviews by the Assessment of Safety Culture in Organizations Team*.Vienna: IAEA; 1994. (TECDOC-743).
- IAEA. *Key practical issues in strengthening safety culture*. Vienna: IAEA/ International Nuclear Safety Advisory Group; 2002a. (INSAG-15).
- IAEA. *Safety culture in nuclear installations: Guidance for use in the enhancement of safety culture*. Vienna: IAEA; 2002b. (TECDOC-1329).
- IAEA. *Self-assessment of safety culture in nuclear installations: Highlights and good practices*. Vienna: IAEA; 2002c. (TECDOC-1321).
- International Labour Organization. *Guidelines on occupational safety and health management systems*. Geneve: ILO; 2001.
- Institution of Occupational Safety and Health. *Institution of Occupational Safety and Health*. United Kingdom: IOSH; 2003.
- Levin J. *Estatística Aplicada a Ciências Humanas*. 2ª ed. São Paulo: Editora Harbra, 1987. 392p.
- Limongi-França AC, arellano EB. *Qualidade de vida no Trabalho*. In: Fleury MTL, organizadora. *As pessoas na organização*. São Paulo: Editora Gente; 2002.p.295-306.
- Malik AM, Teles JP. *Hospitais e Programas de Qualidade no estado de São Paulo*. São Paulo: Revista de Administração de Empresas, v. 41, n.3; 2001. p. 51-59.
- Manual de Legislação Atlas de Segurança e Medicina do Trabalho*. 50a ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002. p. 32-56.
- Mattar FN. *Pesquisa de Marketing*. 2a ed. São Paulo: Editora Atlas, 2000.
- Minerals Council of Australia (MINEX). *Minerals Council of Austrália. What are the MINEX awards?* Dickson: Mineral Council of Australia. Sidney; 2001.
- Nonaka I, Takeuchi H. *Criação de conhecimento na empresa: como as empresas geram a dinâmica da inovação*. 8a ed. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1997. 388p.
- Nuclear Atomic Agency. *Committee on the Safety on Nuclear Installations. Organization for Economic Co-Operation and Development – NEA/CSNI/OECD. Identification and assessment of organizational factors related to the safety of NPPs; state-of-the-art report*. France, 1999. 38p.
- O átomo. Rio de Janeiro, 1999; (15)
- Obadia JI. *Sistema de gestão adaptativo para organizações com tecnologia perigosa: cultura de segurança como pressuposto de excelência nuclear*. [Tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE; 2004. 287p.
- Organization for Economics Co-operation and Development. *Identification and assessment of organizational factors related to the safety of NPPs: state of the art report*. Paris: OECD, 1999. (NEA/CSNI/R (98)17VOL1)
- Perrow, C. *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. United States of America: Basic Books, 1999. 451p.
- Pidgeon FN, Turner AB. *Man-made disaster*. 2a ed. Oxford: Butterworth Heinemann, 1997. 249p.
- Poon SK, Leung KT, Fung CKC. *Factors affecting the planning and implementation of occupational health & safety management system*. In: Paper of the 12º International Conference on Safety Communities, 2003, Hong Kong.
- Richers RS. *Fatores organizacionais críticos como parâmetros para conceber, implementar e manter um sistema de gestão de segurança e saúde no trabalho [dissertação]*. São Paulo: Centro Universitário SENAC, 2005. 91p.
- Schein E. *Organizational Culture and Leadership*. 1a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1985.
- Schein. *Organizational Culture and Leadership*. 2a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1992.
- Schein. *Organizational Culture and Leadership*. 3a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2004. 436p.
- Senge P. et al.. *A Quinta Disciplina – Arte, Teoria e Prática da Organização de Aprendizagem*. São Paulo; 1990. 352p.
- Vergara SC. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas; 2000.
- Waring A, Glendon IA. *Managing risk: critical issues for survival and success into the 21 st century*. London: International Thomson; 1998. 493p.
- Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the unexpected: assuring high performance in an age of complexity*. San Francisco: John Wiley; 2001. p. 17, 18, 92.
- Wilpert B, Miller R, Wahlström B. *Organizational factors: Their definition and influence on nuclear safety (ORFA)*. Report on Needs and Methods. Berlin: Commission of the European Communities; 1999. (Contract nº ERB F145-CT98 0051. University of Technology Research Center Systems Safety e VTT Automation, Alemanha e Finlândia); 1999. 40p.
- Zhang H, Wiegmann DA, Thanden TL, Sharma G, Mitchell AA. *Safety Culture: A Concept in Chaos?* Illinois: Proceedings of the 46th Annual Meeting of the Human Factors and Ergonomics Society. Santa Monica, Human Factors and Ergonomics Society, 2002.

Avaliação de Tecnologia

P_190_2011 - Comunicação Interna Organizacional – um desafio constante na Gestão Hospitalar

Rosana Batalha Navajas Barbosa

Resumo: Aspirando a obtenção da certificação da Organização Nacional da Acreditação, deparamo-nos com a necessidade de reestruturação de alguns processos internos, principalmente no quesito que envolve a disseminação da comunicação interna Institucional. O trabalho em equipe realizado em parceria contínua com as áreas de tecnologia da informação, qualidade e todos os gestores do hospital foram fundamentais para a construção conjunta da página da Intranet que contém todos os documentos Institucionais disponibilizados aos colaboradores, permitindo seu alinhamento. O presente trabalho relata a experiência da elaboração desta ferramenta de trabalho, fazendo uma análise dos benefícios e dificuldades encontradas para sua realização.

Palavras Chaves: comunicação interna organizacional, intranet, disponibilização de rotinas institucionais

INTRODUÇÃO:

Para que uma organização hospitalar cumpra com efetividade sua missão, é imprescindível que suas ações decorram de um planejamento organizado e permanente, baseado nas políticas e diretrizes às quais a organização se vincula, no conhecimento das expectativas dos funcionários e levando em conta as condições e os meios de que dispõe. (4)

Numa entidade hospitalar as tecnologias da informação (TI) e os sistemas de informação (SI) encontram-se disseminados aos mais diversos níveis: desde as mais comuns aplicações de Gestão da Informação, até aos mais sofisticados equipamentos de diagnóstico e de despiste de doenças. (1)

Kirigia relata como importantes catalisadores da mudança na forma como o trabalho é realizado, as tecnologias da informação também encontram um papel fundamental no setor da saúde (2). Mac Gregor reforça que de um modo geral, o advento da Internet conduziu este setor a explorar as TI/SI para melhorar o atendimento aos usuários dos hospitais, para melhorar a eficácia das instituições em termos do negócio e para melhorar a comunicação entre os vários agentes do setor. (3)

Baldwin, Clarke e Jones sugerem que as TI s dêem suporte e possibilitem interações complexas entre, por exemplo, médicos, enfermeiras, pacientes e, inclusivamente, em alguns casos, equipamentos. (7)

Fors e Moreno sugerem que as TI s, quando aplicadas às práticas médicas, alteram os procedimentos, tomando o produto final mais eficaz. (8)

Maylink relata que a criatividade deve ser a bússola da organização, e se quando esta considerar oportuno mudar a sua cultura para oferecer serviços mais adequados às necessidades percebidas. (5)

Binotto relata que a intranet permite uma comunicação rápida, eficiente e interativa entre todos os setores da empresa. A falta de um software na sistematização das rotinas administrativas internas é uma das freqüentes queixas e solicitações dos servidores. (6)

Visando aprimorar o alinhamento interno Institucional no referente aos complexos processos que envolvem um hospital, as equipes da Qualidade e da Tecnologia da Informação desenvolveram em conjunto uma ferramenta de trabalho que proporciona a interação de todos os setores, maximizando a utilização da página da intranet ao disponibilizar documentos padronizados on line, e facilitando a comunicação interna institucional, desafio contínuo para gestão hospitalar.

OBJETIVO:

Compartilhar uma ferramenta de trabalho utilizada num ambiente hospitalar, que foi elaborada em conjunto com todos os gestores de áreas, que atendeu os pilares do Planejamento Estratégico Institucional, nos seguintes focos : Processos Internos (ao ser um facilitador na divulgação das normas e práticas assistenciais utilizadas); Financeiro (ao criar uma ferramenta auto-sustentável elaborada pelos próprios colaboradores otimizando a página da intranet já existente na Instituição, não havendo a necessidade de investimento na aquisição de softwares especializados, que nem sempre atenderiam as necessidades internas); Cliente (a padronização de condutas adotadas no ambiente hospitalar reflete na melhoria dos serviços prestados aos nossos clientes); Aprendizado e Crescimento (o treinamento contínuo dos colaboradores de todas as equipes que compõem a Instituição faz-se necessário como veículo de disseminação dos protocolos Institucionais); Responsabilidade sócio-ambiental (ao disponibilizar todo o material on line na página da intranet há uma redução significativa dos impressos realizados, com conseqüente diminuição do número de utilização de papéis na Instituição, contribuindo diretamente na manutenção das árvores do planeta).

JUSTIFICATIVA:

Diante do desejo de aprimorarmos os nossos processos internos em busca de uma certificação de qualidade na assistência hospitalar, sentimos a necessidade de criarmos uma ferramenta auto sustentável que auxiliasse as atividades realizadas pelos colaboradores e que fossem ao encontro dos pilares do nosso Planejamento Estratégico Institucional.

METODOLOGIA:

Cada gestor de área é responsável pela elaboração do documento utilizado no seu setor, pelo envio para o setor de qualidade para término de formatação, pela periodicidade do documento, além de realizar as revisões sistemáticas de todos os documentos em questão.

O setor de qualidade disponibiliza para todos os gestores o formato padrão dos documentos a serem utilizados na Instituição, checka se os arquivos enviados preenchem todos os critérios internos, protocolo, arquiva e encaminha à TI que é responsável pela disponibilização dos mesmos na página da intranet.

O documento salvo previamente no formato PDF, é transcrito para o software Adobe Dreamweaver, onde são elaborados layouts de acordo com o solicitado, sendo os textos copiados dos arquivos enviados e colados no escopo da pagina em formato de internet(.asp). Após esse processo são realizadas as devidas formatações nos documentos, pois, esses parâmetros não são passados no processo de cópia dos arquivos originais. Assim que a formatação dos mesmos é concluída, o processo de validação é iniciado, sendo que, primeiramente são incluídos nas páginas um include (contendo o menu para servir de link dentro da intranet) e também validações referentes ao processo de segurança, essas mesmas são feitas com as linguagens Java script e css. Após esse processo os arquivos são salvos em nosso servidor de internet IIS e os respectivos links são atualizados para que os mesmos já estejam em seguida disponíveis para todos os que acessam a intranet no endereço [HTTP://10.0.8.13/hgi/index.asp](http://10.0.8.13/hgi/index.asp)

Periodicamente, além do backup feito pelo nosso sistema, o próprio setor da qualidade mantém uma cópia de segurança de todos os arquivos em seu computador pessoal em uma pasta de acesso restrito ao mesmo, além do arquivo também encontrar-se gravado em CD como medida de segurança.

RESULTADO:

Abaixo demonstramos a página da intranet, bem como alguns documentos disponibilizados.

OBS: as páginas abaixo foram alteradas para que não aparecesse o logo e o nome da instituição.



Figura 1 – Página da Intranet

Ao clicar no link Manuais e Procedimentos, encontramos a página inicial contendo os seis pavimentos da Instituição, os quais foram transcritos para a página da intranet, como demonstra a figura 2.

Cada pavimento contém todos os setores que são os processos hospitalares, como evidencia a figura 3.



Figura 2- Manual de Normas e Procedimentos disponibilizados de acordo



Figura 3- 2º Andar com a descrição de todos os seus setores: Diretoria, SER (Serviço de Emergência Referenciada), Diagnóstico por Imagem, Laboratórios, SCIH...



Figura 4- Todos os documentos referentes à Diretoria encontram-se disponibilizados no seu próprio link

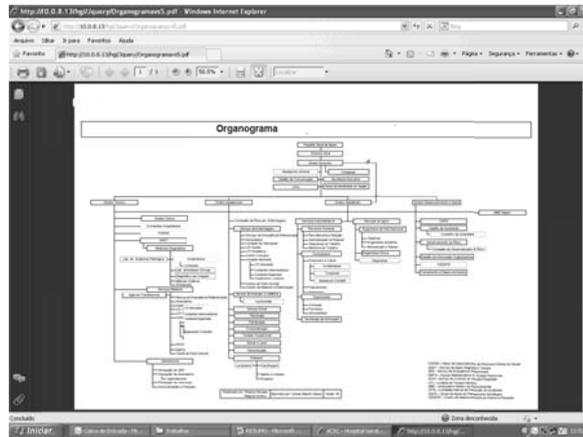


Figura 5- Após clicar o Regimento Institucional, o documento aparece na íntegra para ser consultado por todos os colaboradores

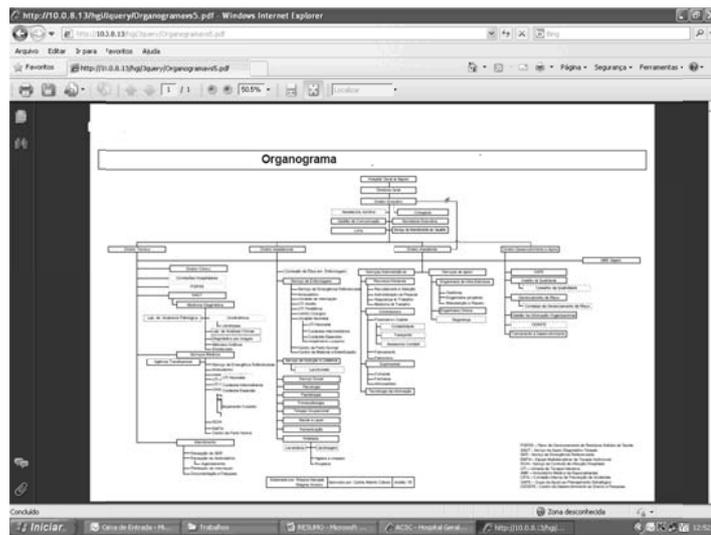


Figura 6- Ilustra o Organograma Institucional



Figura 7 – Ilustra o Manual de Biossegurança



Figura 8 – Ilustra todos os documentos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)

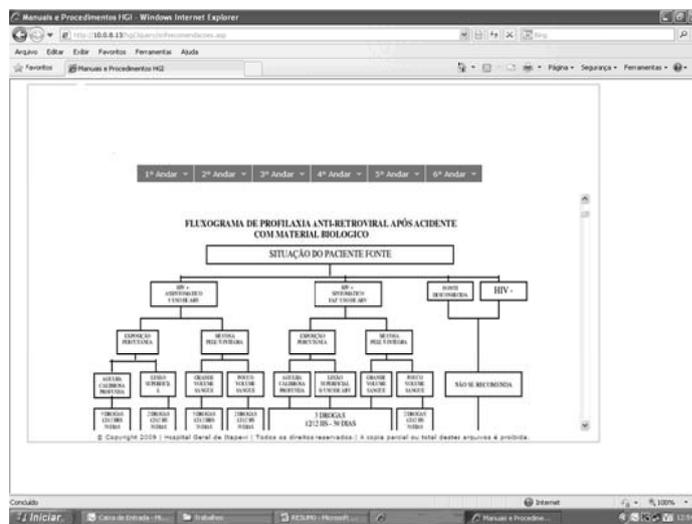


Figura 9 – Ilustra o Fluxograma de Profilaxia Anti-retroviral após acidente com material biológico.

CONCLUSÃO:

Para a elaboração desta ferramenta de trabalho foi fundamental a participação e comprometimento de todas as áreas envolvidas: setor de Qualidade, Tecnologia da Informação e gestores de áreas, além do apoio da alta administração.

Com a utilização desta ferramenta, percebemos como benefícios resultantes: agilidade na consulta dos documentos, favorecimento da interação sistêmica de todos os processos da Instituição, facilita a revisão dos documentos, oferece um diferencial quanto à segurança no extravio de documentação, reforça a política interna da cultura do 5S e diminuição de custos com a redução da impressão de páginas.

As dificuldades encontradas para a sua realização decorreram da mudança de paradigma institucional com a não utilização de impressos no setor, onde criar o hábito nos colaboradores de consultar a página da intranet passou a ser o nosso grande desafio.

Referências

- (1) Varajão, J.; Martinho, R.; Cunha, M.; Balloni, A.J. (2010). Relatório: Adopção de Tecnologias e Sistemas de Informação em entidades hospitalares – Estudo do caso de um hospital português. Anais do VI Workshop GESITI e Evento Acoplado II GESITI/Saúde. 17/18 Juno de 2010. ISSN: 1807-9350
- (2) Kirigia, J. M., Seddoh, A., Gatwiri, D., Muthuri, L. H. K., Seddoh, J. (2005). E-Health: Determinants, opportunities, challenges and the way forward in the WHO African region. *BCM Public Health*, 5, 1-11.
- (3) MacGregor, R. C., Hyland, P. N., Harvie, C. (2010). Associations between driving forces to adopt ICT and benefits derived from that adoption in medical practices in Australia in *Handbook of research on developments in e-health and telemedicine: technological and social perspectives*. IGI Global.
- (4) Senhoras, E.M.; A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.45-55, jan.-jun., 2007
- (5) Malik, A.M.; *Revista de Administração de Empresas São Paulo*, 32(4): 32-41, set/out. 1992
- (6) Binotto, V.; A comunicação interna na gestão da qualidade total. Um diagnóstico da comunicação interna do programa pela gestão da qualidade total do Hospital de Guarnição de Santa Maria. Trabalho apresentado na Sessão de Comunicações – Temas Livres, XXV Congresso Anual em Ciência da Comunicação, Salvador/BA, 03. setembro.2002.
- (7) Baldwin, L. P., Clarke, M., Jones, R. (2002). Clinical ICT Systems: Augmenting case management. *Journal of Management in Medicine*, 16(2/3), 188-198.
- (8) Fors, M., Moreno, A. (2002). The benefits and obstacles of implementing ICTs strategies for development from a bottom-up approach. *Aslib Proceedings*, 54(3), 198-206.

Indicadores Assistenciais

P_191_2011 - Estudo dos custos de UTI: o uso da meta-informação custos na maior rede Hospitalar pública da América Latina

Márcia Mascarenhas Alemao, Márcio Augusto Gonçalves, Renata Melgaço Gonçalves, Josiano Gomes Chaves, Heloisa Azevedo Crumond, Carlos Alberto Gonçalves, Telma Braga Orsini, Osvaldo Kurschus De Oliveira, Dayenne Cristina Martins Valente, Elaine Pontes, Nágela Patricia Amaral Rocha

Resumo: Este trabalho apresenta análise das informações de custos Paciente-Dia em UTI na FHEMIG, maior rede hospitalar pública latino-americana e sua utilização como meta-informação custo. Sua representatividade no setor saúde e as poucas referências de custos hospitalar público justificam este trabalho. Conclui-se que o estudo de custos utilizado como meta-informação, isto é, como sumário de informações de “como”, “quais”, “onde” os recursos são utilizados, representa busca na qualidade da utilização dos recursos públicos, considerando o sistema de custos como um amplo sistema de informação de gestão, não centrado apenas na dimensão financeira, mas incluindo também informações não-financeiras.

Palavras Chaves: Meta-informação Custos; Custos UTI; Gestão Hospitalar; FHEMIG

Introdução

O tema “custos”, bastante utilizado no setor privado, ainda é pouco explorado no setor público. A despeito da sua importância, especificamente no setor saúde, a baixa disponibilidade de informações sobre custos constitui fator limitante na fundamentação de ações e políticas públicas estruturantes, principalmente no que tange à organização das redes de serviços, incentivos e pagamentos. Também é comum acreditar que “saúde não tem preço” e desta forma, ações neste setor devem ser implementadas “de qualquer forma”. Esta visão está se alterando, tornando-se imprescindível conhecer a composição de gastos e, daí os custos, como um processo norteador das decisões gerenciais, no que diz respeito à melhor utilização dos recursos no atendimento à população. Assim, o conceito de que “saúde não tem preço” tem sido alterado para “Saúde não tem preço, mas tem custo” e como tal deve ser evidenciado.

Desta forma, as informações de custos, baseadas na contabilidade de custos permitem que se determine a maneira como os custos devem ser alocados aos produtos. As informações de custos e suas classificações contêm informações valiosas que, se interpretado corretamente, pode fornecer orientações para o decisor, baseados em suposições sobre as relações entre custos e atividades (EMMANUEL et al, 1990). Assim, busca-se em organizações públicas de saúde, especialmente na gestão hospitalar, a criação de uma base de informações que possibilitem a utilização das informações de custos como meta-informação custos. Isto significa que a utilização das informações a avaliação dos seus resultados visam contribuir para a redução do grau de incerteza nos processos decisórios. Busca-se evidenciar aspectos que subsidiem tomadas de decisão tendo como objetivo a busca de maior eficiência na utilização dos recursos consumidos, desestigmatizando a busca apenas pelo objetivo tradicional – cortar custos. Esta abordagem representa importância significativa principalmente no setor saúde, necessária para assegurar a qualidade da assistência e o volume de recursos consumidos.

No setor de saúde, a diversidade nos atendimentos faz com que o conhecimento dos processos constitutivos seja de suma importância. Os hospitais apresentam uma rede distinta de serviços - hotelaria, laboratório, farmácia, imagiologia, manutenção de equipamentos, esterilização de materiais, nutrição e dietética, dentre outros – que precisam se interagir de forma harmônica e precisa, por meio de processos multiprofissionais e interdisciplinares, para dar sustentação e segurança a todo o seu processo assistencial. Desta forma, o conhecimento do “como”, “quando”, “quanto” sustenta a busca pela qualidade nos atendimentos.

Objetivo

Este paper objetiva apresentar e discutir a base de conhecimento de custo paciente-dia em Unidades de Tratamento Intensivo – UTI da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG no período de 12 meses.

A FHEMIG é a maior rede Hospitalar pública da América Latina, com um orçamento anual para 2011 de aproximadamente R\$ 768 milhões (LOA, 2011). Com 33 anos de existência, se constitui numa rede formada por 21 unidades distribuídas em cinco Complexos Assistenciais: Urgência e Emergência, Especialidades, Saúde Mental, Hospitais Gerais, Recuperação e Cuidado ao Idoso e o MG Transplantes (FHEMIG, 2011).

Pela sua representatividade no setor saúde de Minas Gerais e no Brasil, esta base de conhecimentos, visa contribuir para diminuir o grau de incertezas no setor saúde e apresentar como a informação de custos está sendo utilizada como meta-informação custos. Desta forma, produz resultados em níveis distintos, porém complementares, em termos de qualidade. O primeiro diz respeito ao fato da FHEMIG usar a meta-informação custos como indicador de processo, de desempenho ou outro. Neste caso, a meta-informação custo é usada para medir e avaliar, por exemplo, a variabilidade dos processos. O segundo, sustenta a sua utilização para subsidiar a negociação dos valores financiados pelo Ministério da Saúde na exata dimensão da necessidade. Ou seja, busca-se a prática do “nem mais caro e nem mais barato, mas o adequado com qualidade”. É a expressão correta do Melhor Valor pelo Dinheiro (Best Value for Money), considerando-se como relevante o estudo do financiamento da saúde por se a base das informações da Economia da Saúde.

JUSTIFICATIVA

No contexto do atendimento hospitalar, as Unidades de Tratamento Intensivo–UTI surgiram como necessidade de centralização de recursos técnicos, prestando serviço aos pacientes criticamente enfermos, quer dizer, portadores de processos patológicos agudos, apresentando risco de vida possível ou imediato, porém potencialmente recuperáveis. A UTI é considerada uma divisão dentre as muitas de uma organização Hospitalar, porém requer um grande incremento, tanto de meios físicos como humanos. Os cuidados prestados aos pacientes críticos são especializados e de alta complexidade (JACQUES, 2002, pag.18).

Publicação do Health Technology Case Study apresenta que os custos totais das UTIs têm sido estimados em aproximadamente 1,5% do PIB, ou mais de 60 bilhões de dólares são gastos por ano com estes pacientes (YONG, SURGENOR E CORWIN apud JACQUES 2002). Consomem mais de 20% dos gastos com aproximadamente apenas 5 a 10% dos leitos Hospitalares (BAMS et al, 1995; FEIN, 1999)

O custo dos recursos humanos locados nesta área está cifrado em 70% dos custos diretos (SOLSONA et al. 1995). Os recursos destinados às Unidades de Terapia Intensiva vêm crescendo ao longo do tempo, podendo, em algumas instituições, atingir de 18% a 20% do orçamento Hospitalar anual (KNOBEL et al., 1998; ABIZANDA et al., 2002).

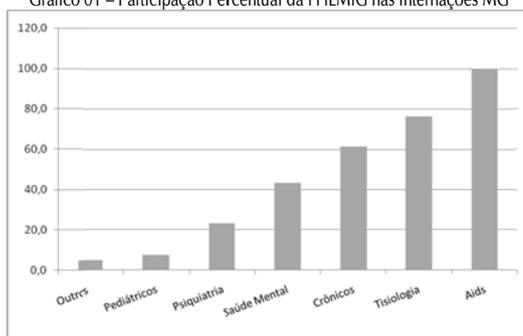
A complexidade da assistência exigida ao paciente também exigem constante treinamento da equipe técnica médica e dos demais profissionais envolvidos. Os altos custos com mão de obra e equipamentos de alta tecnologia demandam vultosas verbas para sua operacionalização.

Estima-se que nos Estados Unidos as UTIs sejam responsáveis por 5% dos leitos destinados a cuidados de pacientes com doenças agudas nos Hospitais, com um custo que representa 20% do custo total Hospitalar. Isso demonstra que os custos em UTIs são 200% a 400% maiores do que em alas de apartamentos ou enfermarias (KNOBEL et al. 1998, p. 1).

A FHEMIG teve uma participação em 2009 nas internações do SUS em MG de 6% de clínica cirúrgica, 4% de clínica médica, 62% das crônicas e 76% da fisiologia. No que se refere à participação nas diárias de UTI a fundação foi responsável por 18% de cirúrgica, 15% de clínica médica, 30% de obstetrícia, 80% de fisiologia e 16% pediátrica.

O Gráfico 1 apresenta a participação percentual da FHEMIG no número de leitos de UTI do Estado de Minas Gerais.

Gráfico 01 – Participação Percentual da FHEMIG nas Internações MG



Fonte: elaborado pelos autores baseado dados MS/Datasus/Tabwin
Período: jan a set 2009

Os números, aqui apresentados, são expressivos quanto a sua abrangência de atuação, o volume de recursos financeiros e a representação na área de saúde pública em Minas Gerais. Este fato cobra dos gestores uma transparência e rigor da sua utilização, de forma eficiente e produtiva. Aliado a isto, a reduzida base de conhecimento da composição dos custos das UTIs em hospitais públicos no Brasil já justifica o estudo aqui apresentado.

Metodologia

A base de dados secundários foi capturada no Sistema de Gestão de Custos Hospitalares. Este sistema tem como um de seus módulos, o Módulo SIGH-Custos. A meta principal é garantir a informatização dos processos de atendimento do paciente, subsidiando o planejamento e a tomada de decisões.

O SIGH-Custos, cuja alimentação com dados iniciou-se em julho de 2008, utiliza a metodologia de Custeio por Absorção e possibilita a integração com outros sistemas corporativos do Estado (SIAD, SIAFI, etc) e com outros sistemas internos da FHEMIG (Farmácia, Laboratório, etc). Desta forma, viabiliza a sustentação necessária à geração da meta-informação de custos, isto é, utilizar a informação de custos como sumário de outras informações, tais como “onde”, “quando”, “quanto” e “como” os recursos estão sendo consumidos.

Trata-se de Ciências Sociais Aplicadas, com o propósito de priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos públicos, esta ação eleva a utilização das informações geradas pelos sistemas de custos a um objetivo mais estratégico. Constitui-se em ação de fundamental importância para auxiliar a formação de políticas e o financiamento de saúde, subsidiando o debate da meta-informação custos como suporte da qualidade do gasto público no setor saúde.

Resultados

A base de dados aqui apresentada tem como referência o SIGH-Custos e os valores apurados no período de agosto de 2009 a julho de 2010. Os custos apurados para os Centros de Custos de UTI estudados têm como unidade de produção Paciente-Dia. Os Centros de Custos estão classificados por tipo de atendimento prestado em UTI, que considera o atendimento ao paciente adulto e infantil não nato, UTI Neo, que considera o atendimento ao neonato e o UTI Neo/Pediat, com considera o atendimento ao paciente neonato e pediátrico. Esta classificação é necessária pelo tipo de atendimento prestado nos hospitais da FHEMIG.

A rede FHEMIG, por ser subdividida em complexos assistenciais, apresenta diversidade no perfil assistencial de suas UTI, conforme apresentado no Quadro 01.

Quadro 01 – Perfil das UTIs na Rede FHEMIG.

UNIDADE	COMPLEXO	TIPO/UTI	NUM DE LEITOS	ESPECIALIDADES
Hosp 1	Especialidades (Esp)	UTI	6	Clinica Médica e geral, Cirurgia Geral, Urologia, Clínicas Especializadas.
Hosp 2	Especialidades (Esp)	UTI	10	Doenças infectocontagiosas (especialmente Tuberculose, AIDS e Dermatologia).
Hosp 3	Urgência Emergência (Urg Emerg)	UTI	17	Clinica Médica Pediátrica
Hosp 4	Hospitais Gerais (Geral)	UTI UTI-Neo/Pediat	21 19	Clinica Médica adulto e infantil, doenças torácicas, Cirurgia Geral, Urgências e Ginecologia
Hosp 5	Hospital Geral (Geral)	UTI UTI – Neo	5 39	Urgência e Emergência; Clínica Médica, Ginecologia e Obstetria, Pediatria
Hosp 6	Hospital Geral (Geral)	UTI	10	Urgência e Emergência, traumas e cirurgias ortopédicas, intoxicação
Hosp 7	Hospital Geral (Geral)	UTI UTI-Neo/Pediat	8	Urgência e Emergência, Maternidade de Alto Risco, Clínica Pediátrica
Hosp 8	Especialidades (Espec)	UTI UTI-Neo/ Pediat	10	Maternidade de Alto Risco
Hosp 9	Urgência e Emergência (Urg Emerg)	UTI	72	Urgência e Emergência, trauma, ortopedia, neurologia e paciente queimado.

FONTE: elaborado pelos autores-baseado informações SIGH-Custos – FHEMIG

A diversidade no atendimento prestado pela FHEMIG proporciona uma diversidade nos valores de custos do Paciente-Dia nas UTIs. A relação percentual entre o custo total da UTI e o custo unitário também apresentam valores bastante divergentes. A Tabela 1 apresenta os valores percentuais por tipo de UTI, por Complexo e por Hospital.

Tabela 1 – Relação de Custos por Unidades Assistenciais

Centro Custo	Complexo	Hospital	Pessoal	Medicamentos	MatMed	Outros Custos	Total Custos Diretos	Custos Indiretos	Rateio Interno	Total Custos	Custo Unitário
UTI	Espec	Hosp 1	50,63%	0,03%	5,76%	16,54%	72,97%	0,35%	26,68%	100%	0,63%
		Hosp 2	35,93%	2,39%	6,14%	11,18%	55,65%	0,45%	43,45%	100%	1,02%
		Hosp 8	60,49%	0,00%	3,28%	8,34%	72,11%	0,36%	27,53%	100%	0,45%
	Geral	Hosp 4	59,26%	0,61%	2,72%	5,08%	67,66%	0,99%	31,35%	100%	0,16%
		Hosp 5	59,42%	0,00%	0,47%	4,66%	64,54%	0,66%	34,80%	100%	0,42%
		Hosp 6	48,39%	17,25%	0,13%	7,68%	73,45%	2,20%	24,34%	100%	0,34%
		Hosp 7	40,01%	7,47%	2,05%	2,72%	52,25%	0,07%	47,68%	100%	0,39%
	Urg Emerg	Hosp 3	53,92%	1,88%	1,59%	1,69%	59,09%	0,43%	40,82%	100%	0,22%
		Hosp 9	53,66%	11,09%	8,93%	0,76%	74,44%	0,11%	25,46%	100%	0,07%
UTI Média			52,61%	6,10%	5,15%	4,36%	68,22%	0,46%	31,32%	100%	0,28%

UTI - Neo	Geral	Hosp 5	57,86%	0,00%	0,11%	4,79%	62,76%	0,49%	36,75%	100%	0,62%
UTI - Neo Média			57,86%	0,00%	0,11%	4,79%	62,76%	0,49%	36,75%	100%	0,62%
UTI Neo/Pediat	Espec	Hosp 8	51,07%	0,00%	5,43%	0,47%	56,97%	0,10%	42,93%	100%	0,18%
	Geral	Hosp 4	45,40%	0,52%	7,60%	8,06%	61,58%	1,93%	36,48%	100%	0,38%
		Hosp 7	39,78%	10,14%	2,01%	3,16%	55,09%	0,26%	44,65%	100%	0,17%
UTI - Neo/Pediat Média			45,01%	4,48%	4,41%	3,22%	57,13%	0,55%	42,32%	100%	0,22%
Média Geral			51,26%	5,64%	4,89%	4,15%	65,95%	0,48%	33,58%	100%	0,28%

Fonte: SIGH-Custos - dados referentes ao período de ago09 a jul10

Os números apresentados possibilitam observar que o custo com pessoal representa em média 51,26% dos custos totais. O custo com medicamentos apresentam divergência percentuais significativas nos diversos hospitais estudados. Observa-se também que o percentual de custos indiretos e de rateios recebidos são significativos no total dos custos dos hospitais.

A Tabela 2 apresenta a relação percentual do custos da UTI em relação ao custo total do Hospital. Os percentual dos custos das UTI em relação ao total do custo do hospital tem uma variação de 4,6%, no Hospital 5 a 26,91%, no Hospital 6.

Tabela 2 – Relação Percentual dos Custos de UTI em relação aos Custos Totais

Hospital	Custo do Hosp	UTI		UTI - NEO		UTI - Neo/Pediat		% Custo UTI
		R%	%	R%	%	R%	%	
Hosp 1	1.805.942,88	174.193,87	9,65%	-	-	-	-	9,65%
Hosp 2	1.775.082,54	286.812,47	16,16%	-	-	-	-	16,16%
Hosp 3	2.416.309,84	373.565,10	15,46%	-	-	-	-	15,46%
Hosp 4	3.462.055,46	464.054,93	13,40%	-	-	172.173,93	4,97%	18,38%
Hosp 5	2.153.146,85	150.762,40	7,00%	98.993,46	4,60%	-	-	11,60%
Hosp 6	670.272,60	180.347,81	26,91%	-	-	-	-	26,91%
Hosp 7	2.783.487,87	194.919,87	7,00%	-	-	354.094,35	12,72%	19,72%
Hosp 8	1.922.877,69	253.252,27	13,17%	-	-	294.958,36	15,34%	28,51%
Hosp 9	9.401.038,63	1.267.719,82	13,48%	-	-	-	-	13,48%
Total geral	2.943.060,65	372.530,19	12,66%	98.993,46	3,36%	273.742,21	9,30%	25,32%

FONTES: SIGH-CUSTOS (* - valores obtidos a partir da média aritmética referente período de agosto/2009 a jul/2010)

A Tabela 3 apresenta a Relação de custo média da UTI, quantidade média de paciente-dia atendidos e custo unitário médio para o período de referencia.

Tabela 03 – Relação Custo Médio por UTI

Centro de Custo	Complexo	Hospital	Custo Total	Num Pac/Dia	Custo Unitário
UTI	Especialidades	Hosp 1	174.193,87	164	1.093,58
		Hosp 2	286.812,47	209	2.920,58
		Hosp 8	253.252,27	223	1.138,99
	Especialidades Média		236.694,02	198	1.683,35
		Geral	Hosp 4	464.054,93	616
	Geral Média	Hosp 5	150.762,40	238	636,57
		Hosp 6	180.347,81	292	619,05
		Hosp 7	194.919,87	256	764,83
			247.521,25	350	693,49
	Urg Emerg	Hosp 3	373.565,10	452	827,85
Hosp 9		1.267.719,82	1.380	919,23	
Urg Emerg Média		820.642,46	916	873,54	
UTI Média		372.530,19	428	1.057,66	
UTI - Neo/Pediat	Especialidades	Hosp 8	294.958,36	556	522,37
			294.958,36	556	522,37
	Geral	Hosp 4	172.173,93	263	662,06
		Hosp 7	354.094,35	575	615,83
Geral Média		263.134,14	419	638,95	
UTI - Neo/Pediat Média		273.742,21	465	600,09	
UTI - NEO	Geral	Hosp 5	98.993,46	163	609,50
			98.993,46	163	609,50
UTI - NEO Média		98.993,46	163	609,50	
MÉDIA GERAL		328.408,85	416	916,69	

Ao analisarmos as informações, pode-se fazer algumas inferências: (1) o custo médio do tratamento nas UTI são divergentes por tipo de atendimento, gerando valores referentes a unidade de produção, paciente-dia, bastante variados. Estas informações, para sua utilização como meta-informação custos necessitam de aprofundamento na sua análise. Algumas considerações merecem nossa atenção: o Hospital 06, apesar de ter para o CC UTI o mais alto percentual da FHEMIG, em relação ao custo total do Hospital (26,91%) tem o custo médio Paciente-Dia (R\$ 619,05) menor que o custo média por complexo (R\$ 693,49) e da Rede (R\$ 916,69). O Hospital 02 apresenta o maior custo Paciente-Dia da Rede (R\$ 2.920,58), o que pode ser justificado pelo tipo de atendimento prestado na Unidade Assistencial; (2) os valores de custo com pessoal apresentam um percentual inferior aos mundialmente definidos. Pode-se buscar uma justificativa para tais valores, considerando que as instituições públicas brasileiras, dentre elas os hospitais, apresentam grande quantidade de mão-de-obra terceirizada para prestação de serviços administrativos. Desta forma, estes custos são apresentados como serviços de terceiros e classificados como custos rateados. Esta classificação pode fundamentar uma possível justificativa para tais diversidades nos percentuais apresentados. Porém, as análises não devem ficar restritas a estas considerações, sendo necessário maior aprofundamento quanto ao perfil assistencial brasileiro dos hospitais brasileiros. (ver La Forgia e Coutelenc, 2009); (3) a diversidade dos valores com medicamentos podem representar uma necessidade de alocação de custos de forma direta aos centros de custos.

CONCLUSÃO

As informações de custos representam importante base de conhecimento ao serem tratadas como meta-informação custo. Esta abordagem, ao considerar não apenas a dimensão financeira, possibilita evidenciar a análise de "onde", "como", "quanto" os recursos são utilizados, possibilitando a busca pela melhora na qualidade da assistência.

A evidenciação dos valores de custos no atendimento em UTI possibilitou uma visão dos pontos e situações críticas onde se deveria intervir para consolidar a apuração de custos como subsídio na tomada de decisões, acompanhamento dos processos e como indicador de desempenho, financeiro e econômico da saúde. Assim, buscou-se o controle e planejamentos dos processos internos, possibilitando maior conhecimento dos processos de trabalho, sistematização e organização dos dados existentes e levantamento de outros até então inexistentes. Além disto, através de observação empírica realizada na FHEMIG, foi possível perceber como a implantação do sistema de

custos hospitalares proporcionou significativas mudanças como: buscas de melhor estruturação dos processos, maior divulgação, normatização e conhecimento de informações de custos e utilização delas como ferramenta de gestão.

Com o propósito de priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos públicos, esta ação eleva a utilização das informações geradas pelos sistemas de custos a um objetivo mais macro, estratégico constitui-se em ação de fundamental importância para auxiliar a formação de políticas e o financiamento de saúde, subsidiando o debate da meta-informação custos como suporte da qualidade do gasto público e da assistência no setor saúde. Ao mesmo tempo, sustenta a acreditação, melhores práticas, o Benchmarking, o desenvolvimento e a incorporação científica e tecnológica e principalmente, ainda, transparência dos gastos públicos.

Como todo processo de implantação de sistemas de custeio, deve-se considerar que este não está concluído. Porém pode-se esperar que, com as informações geradas, os ganhos de produtividade para a FHEMIG diretamente e para o setor saúde de forma indireta, são significativos, principalmente através de procedimentos do benchmarking interno e externo dos processos e produtos médico-hospitalares.

Referências

- ABIZANDA, R. et al. Ingressos com alto consumo de recursos em uma UCI polivalente. *Medicina Intensiva*, v. 26, n. 04, abr.2002.
- BAMS J.L.; MIRANDA D. R. Outcomes and costs of intensive care. *Intensive Care Med*. 1995. V.11 p.234-241.
- EMMANUEL, Clive R; OTLEY, David T; MERCHANT, Kenneth A. *Accounting for management control*. 2nd. ed. London: 1990. 517p. ISBN 0412374803 : (broch.) Número de Chamada: 658.15 E54a 2.ed (FACE)
- FEIN Alan. Organization and management of critical care units. In: IRWIN, Richard S.; CERRA Frank B; RIPPE James M. *Intensive care medicine*. New York: Lippincott t- Raven, 1999, v.2 p.2 2501-2513.
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, disponível em <http://intranet.fhemig.mg.gov.br/be/relatorio_executivo/arquivos/boletim_mensal_dados_estatisticos_09_09.pdf> em 13/10/09.
- JACQUES, E.J Desenvolvimento de um sistema de custos integrado aos protocolos médicos para unidades Hospitalares de tratamento intensivo –Dissertação Mestrado em Economia-Faculdade Ciências Econômicas. UFRGS. Porto Alegre. 2002.
- KNOBEL, Elias et al. Qualidade e Custos em Terapia Intensiva. *Revista SOCESP*, v. 8, n.3/729, São Paulo, 1998.
- LA FORCIA, Gerard M., COUTTOLENC, Bernard - Desempenho Hospitalar No Brasil Em Busca Da Excelência – Editora Singular – 2009
- LOA, 2011 disponível em http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/planejamento/orcamento/arquivos/orcamento/2011/Volume_IIA.pdf
- Ministério da Saúde, DATASUS disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
- SOLSONA, J.F. et al. La Unidad de Cuidados Intermedios em el sistema de atención AL paciente crítico: estudio comparativo. *Medicina Intensiva*, 19:111-117, 1995

Qualidade e Segurança

P_192_2011 - Divergência entre produção e faturamento de exames de ressonância magnética em um hospital público terciário: uma análise do fluxo de informação.

Ana Júlia Alves de Faria ,Mariana Wiesel dos Santos,Julianne Rodrigues de Moraes Rosa,Marisa Madi Della Coletta,Daiane da Silva Oliveira,Rafael Moraes Pinto

Resumo: Os exames de ressonância magnética produzidos no setor de radiologia de um hospital público não estavam sendo faturados na sua totalidade, prejudicando o repasse financeiro para o próximo ano. Neste estudo, foi investigado o fluxo de informação envolvido desde a produção até o faturamento dos exames de ressonância magnética neste setor e suas possíveis falhas. Concluiu-se que a intensa movimentação do boletim de produção ambulatorial individualizado (BPAI) e ausência de informatização dos processos, poderiam ser os fatores que prejudicavam o faturamento. Diante do exposto, foram sugeridas modificações para melhorar o fluxo de informações deste setor hospitalar.

Palavras-chave: ressonância magnética, faturamento hospitalar, fluxo de informação, qualidade.

Introdução

Considerando a disponibilidade de recursos financeiros alocados para o Ministério da Saúde, dentro do Orçamento Geral da União, os recursos federais destinados aos serviços de saúde de média e alta complexidade são distribuídos aos estados através de um teto financeiro de assistência à saúde com programação anual e repasse fixo mensal (Portaria GM nº531/99).

No hospital público onde foi realizado este trabalho, há, de acordo com a legislação, um recebimento mensal para todos os procedimentos de Média e Alta Complexidade (Portaria GM nº531/99). O valor é baseado no faturamento dos 3 anos anteriores de cada setor. Este é distribuído a todos os setores do hospital de acordo com uma avaliação relacionada ao índice de produtividade o qual é reavaliado a cada semestre.

Os exames de ressonância magnética realizados pelo setor de radiologia deste hospital também são financiados por este repasse fixo, visto que fazem parte dos procedimentos de média e alta complexidade. Portanto, o aumento da produção e faturamento de exames por este setor não implicará aumento do repasse dos recursos de forma direta, porém, o aumento do faturamento eleva o Índice de Produtividade do setor, gerando um maior repasse na avaliação seguinte.

Estas considerações demonstram que apesar de haver um repasse fixo, é importante realizar o faturamento de todos os exames de ressonância magnética realizados, para que oscilações no índice de produtividade provoquem oscilações correspondentes no montante de recursos repassados. Assim, a qualidade dos sistemas de informações é fundamental.

Foina (2006) define que a troca de informações dentro de uma organização é um tráfego complexo que envolve vários departamentos e funções. No entanto, Bueno (2003) e Foina (2006) discutem essa complexidade quando não se possui controle sobre o fluxo de informações e também quando esses fluxos se formam espontaneamente, não possuindo ferramentas adequadas e controladas. Assim, a falta de controle poderia afetar a qualidade do registro do faturamento.

A definição de Castells (2001) sobre os fluxos diz que estes são a expressão dos processos, seqüências intencionais, repetitivas e programáveis de intercâmbio e interação entre posições fisicamente desarticuladas.

Vale ressaltar que a melhoria do registro do faturamento dos exames realizados está relacionada a qualidade dos processos envolvidos no fluxo desta informação. Como consequência desta necessidade, é necessário ter ferramentas que viabilizem a facilidade na comunicação e interação de todos os membros envolvidos (BUENO, 2003).

Justificativa

A divergência existente entre o número de exames de ressonância magnética realizados e o número de exames de ressonância magnética faturados na área de radiologia do hospital analisado gerou indagações. Uma análise neste hospital evidenciou que entre a produção de exames de ressonância magnética realizados entre Setembro e Dezembro de 2009, apenas 82% foi faturado, ou seja, a soma equivalente a R\$168.406,60 deixou de ser faturada.

Esta divergência foi motivo de uma análise mais detalhada da produção e faturamento de exames de ressonância magnética do mês de Setembro de 2009 para confirmar a distorção. O déficit de faturamento foi confirmado e ainda concluiu-se que, cerca de 70% dos exames não faturados correspondiam a exames de pacientes internados, enquanto 73,1% dos exames faturados haviam sido realizados por pacientes ambulatoriais.

Diante dessas evidências, e da importância do correto registro das informações para o recebimento de recursos financeiros, percebeu-se a necessidade de rastrear o fluxo das informações relacionadas ao exame de Ressonância Magnética desde a sua realização até o faturamento.

Objetivos

O objetivo deste trabalho foi analisar o fluxo da informação relacionada ao exame de Ressonância Magnética desde a sua realização por pacientes ambulatoriais e internados até o seu faturamento, além de propor soluções para os problemas encontrados.

Esta ação visa à melhoria da qualidade de informação para garantir o faturamento da totalidade dos exames de ressonância magnética realizados.

Métodos

A fim de diagnosticar as falhas envolvidas no fluxo da informação, foram realizadas visitas a todas as áreas envolvidas neste processo. O método de investigação contemplou conversas com os funcionários abordando as funções exercidas por eles, além do acompanhamento dos processos realizados.

Após a realização das visitas, foram elaborados os desenhos dos fluxos da informação desde a realização do exame pelo paciente até o faturamento. Os desenhos foram levados às áreas pertinentes para conferência e posteriormente analisados.

Resultados

As informações relacionadas aos exames de ressonância magnética realizados por pacientes ambulatoriais seguem um fluxo diferente dos realizados por pacientes internados, por isso, foi realizada uma análise diferenciada para estes dois grupos.

O fluxo das informações ambulatoriais está centrado no boletim de produção ambulatorial individualizado (BPAI). Após a realização do exame de Ressonância Magnética, o BPAI é assinado pelo médico responsável e enviada para a secretária de laudos onde fica armazenada na caixa de retirada. A partir desta caixa é enviada para a área de faturamento do setor de radiologia, onde é verificado se o preenchimento do BPAI está correto. Caso o preenchimento estiver incorreto, o BPAI será reenviado do setor de faturamento da radiologia à recepção para correção.

Posteriormente, ainda na área de faturamento do setor de radiologia, são inseridos os dados no sistema e enviado o BPAI para uma central de faturamento do hospital. Através da central de faturamento, o BPAI é encaminhado ao departamento regional de saúde (DRS) para autorização. Se o exame for autorizado e a documentação estiver correta, o médico aprova o exame no sistema e o exame é faturado. Caso contrário, a documentação retorna à área de origem do exame no hospital para correções.

Percebe-se, no processo ambulatorial, que o BPAI é transportado para muitos lugares, aumentando o risco de extravio e inconsistência de informação. O risco aumenta caso o preenchimento do BPAI não esteja correto, ocasionando sua devolução à recepção e ocasionalmente pode-se perder o prazo de faturamento. Como não é feito um controle do retorno do que foi encaminhado para correção, o documento necessário pode não voltar ao setor de faturamento da radiologia e, conseqüentemente, o exame pode deixar de ser faturado. Além disso, não há conferência dos exames ambulatoriais realizados no setor de radiologia do hospital com a quantidade de BPAI entregues.

Como o BPAI é documento essencial para o faturamento do exame de ressonância magnética, sugerimos a simplificação do seu fluxo, transportando o BPAI da recepção ao faturamento, eliminando a passagem pela secretaria de laudos. Além disso, um treinamento dos funcionários quanto ao preenchimento correto deste documento diminuiria o transporte do BPAI. Outra questão diz respeito à falta de controle do setor de faturamento. Sugerimos informatização desse processo, para assegurar que os exames realizados sejam faturados, mesmo aqueles que tiveram seu documento reenviado à recepção para correção.

O desenho do fluxo descrito acima encontra-se na figura 1.

O fluxo das informações relacionadas aos exames de ressonância magnética realizados por pacientes internados no hospital está centrado no prontuário do paciente. A partir da chegada do paciente na área de realização de exame, a recepção faz o registro no sistema. Após a realização do exame pelo paciente internado, o enfermeiro carimba e preenche o prontuário com informações relacionadas ao exame realizado, sendo este procedimento essencial para o faturamento do exame. Caso o exame não seja realizado por qualquer motivo, a enfermeira registra o ocorrido no prontuário e avisa à recepção para excluir o paciente do registro de produção de ressonância magnética.

O paciente retorna à enfermaria de origem junto com seu prontuário. Após alta hospitalar, o prontuário segue para o setor de arquivo médico onde será verificado se o prontuário está completo e, depois, são inseridos os exames realizados no sistema de informação do hospital. Posteriormente, a autorização de informação hospitalar (AIH) é digitada e enviada ao setor de faturamento central onde é validada e encaminhada ao departamento regional de saúde (DRS) que aprova o faturamento. Se não estiver correta, a documentação é reenviada à área de origem.

Nesse processo, é possível perceber dois pontos mais suscetíveis a falhas, caso o enfermeiro não carimbe e não preencha o prontuário quando o exame for realizado com sucesso ou não avise a recepção sobre o insucesso do exame. O primeiro ponto impacta na ausência de faturamento do exame, o segundo ponto impacta no registro em excesso da produção do exame. Estes dois processos dependem do fator humano, e por isso, ficam sujeitos a maior risco de erros. Logo, seria mais seguro se toda informação fosse transportada através de um sistema de informação, evitando perdas no caminho e tornando o fluxo mais ágil.

No setor de arquivo médico, notamos mais uma vez a dependência do fator humano, já que um colaborador precisa transcrever o que está escrito no prontuário e inserir no sistema para faturar o exame. Caso não encontre este procedimento no prontuário, este não é inserido no sistema, e, portanto, seu faturamento se perde. Outra possibilidade é a realização de dois exames de ressonância magnética no período de internação e registro de apenas um.

Segundo o setor de arquivo médico, o processo melhoraria se a inserção no sistema dos exames de ressonância magnética realizados por pacientes internados fosse executada pelo setor de faturamento de radiologia responsável pelo faturamento dos exames ambulatoriais. Assim, o trabalho do setor de arquivo médico seria apenas conferir o que está no prontuário comparando com o que está no sistema, o que evitaria erros e perdas.

Na última fase do processo que ocorre na central de faturamento, a informação pode ser perdida no trânsito da documentação, caso ocorra a necessidade de correção, pois ao retornar para a área de origem a documentação pode não retornar ou perder o prazo de faturamento. A melhoria do preenchimento da documentação evitaria que a mesma voltasse da área central para as áreas de origem para correções.

O desenho do fluxo dos exames de ressonância magnética realizados por pacientes internados encontra-se na figura 2.

Figura 1- Fluxo de informação para o faturamento de exames de ressonância magnética realizados por pacientes ambulatoriais.

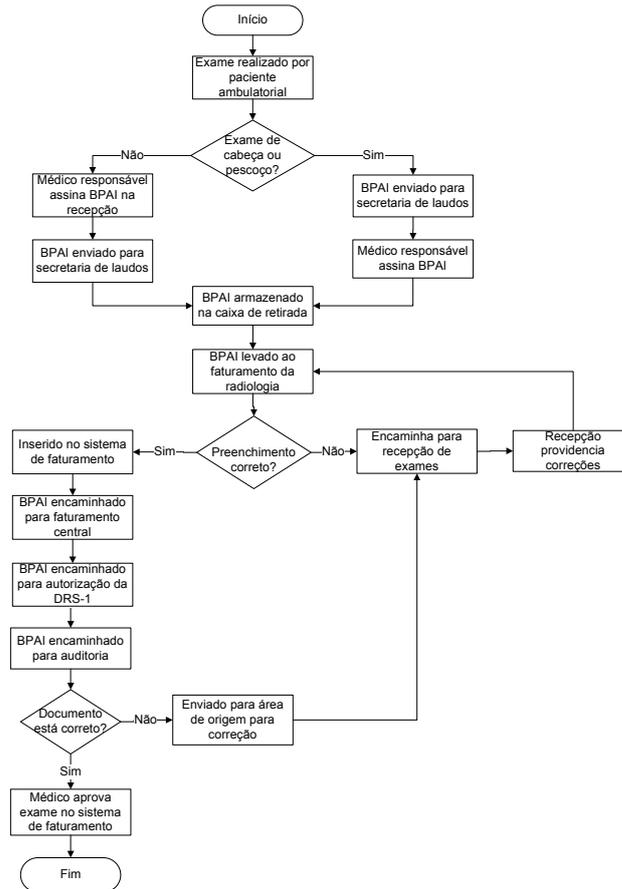
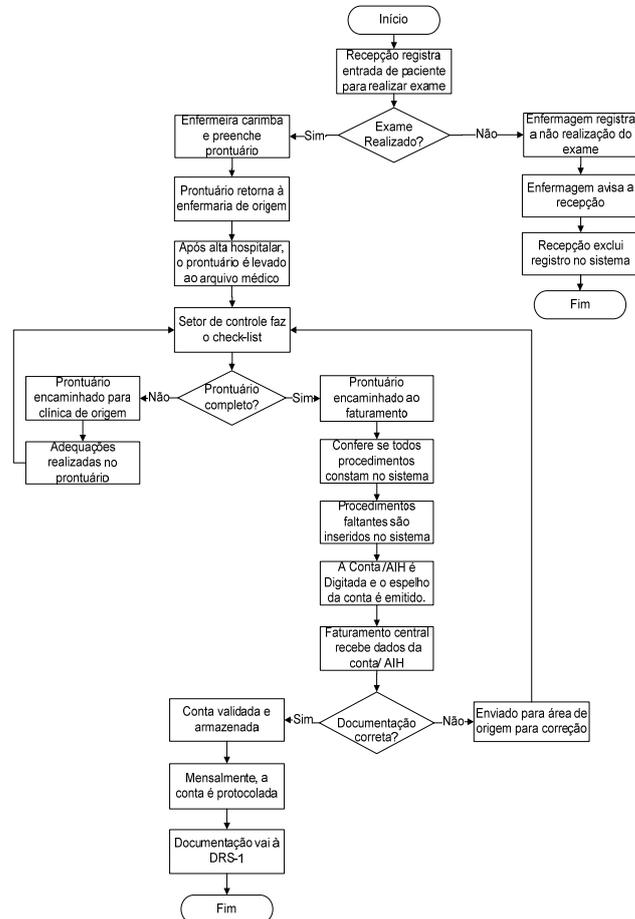


Figura 2 - Fluxo de informação para o faturamento de exames de ressonância magnética realizados por pacientes internados.



Conclusões

Os problemas diagnosticados por esse trabalho relacionados ao fluxo de informação dos exames de ressonância magnética realizados por pacientes ambulatoriais são basicamente causados pela grande movimentação do BPAI entre áreas diferentes, além de elevada suscetibilidade à falha humana. Fluxos mais simplificados, com menor movimentação devem ser adotados. O fluxo de informação dos exames de ressonância magnética realizados por pacientes internados também apresentou grande suscetibilidade à falha humana. Os processos são muito manuais e, portanto, mais suscetíveis a erros. Neste caso, devem-se utilizar sistemas de informação hospitalares como ferramenta para unificar os processos.

As falhas relatadas podem contribuir para a discrepância previamente constatada entre a produção de exames de ressonância magnética e o faturamento dos mesmos. As sugestões relatadas neste trabalho podem contribuir para melhorar a qualidade deste fluxo de informação.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 531 de 30 de abril de 1999. Brasília: 1999.
 BUENO, Wilson da Costa. Comunicação empresarial: teoria e pesquisa. Barueri: Manole, 2003.
 CASTELLS, M. O espaço de fluxos. A sociedade em rede. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.v.1. Cap. 6. p. 467-521.
 FOINA, Paulo Rogério. Tecnologia de informação: planejamento e gestão. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2006. p. 339.

Qualidade e Segurança

P_193_2011 - Programa 5S em unidades de saúde: a importância do planejamento para alcançar a qualidade

Ana Júlia Alves de Faria, Mariana Wiesel dos Santos, Rafael Moraes Pinto, Julianne Rodrigues de Moraes Rosa, Renata Paccagnella de Picoli, Marina Boralli de Sousa

Resumo: Nas últimas décadas, a área da saúde vem atribuindo crescente importância à qualidade dos serviços prestados. Um dos programas envolvidos neste contexto é o 5S. Este programa foi escolhido para ser implantado em sete unidades de saúde de atenção primária da cidade de São Paulo, por isso foi realizado um planejamento prévio à implantação. Este estudo evidenciou que, apesar das dificuldades encontradas em serviços públicos de saúde, através de um planejamento adequado e boa comunicação pode-se eliminar as dificuldades e facilitar caminhos para a implantação do programa.

Palavras-chave: Programa 5S, qualidade, planejamento, unidades de saúde, qualidade em saúde.

Introdução

A fim de garantir desenvolvimento e sobrevivência em meio a um mercado exigente, as organizações em geral estão investindo em qualidade. Através de práticas que garantam a melhoria contínua nos seus processos, estas conseguem aumentar sua competitividade (Bessant, 1998; Mesquita e Alliprandini, 2003; Oakland, 1994).

Em 1950, foi criado, no Japão do pós-guerra, um programa de qualidade e organização em decorrência da necessidade de colocar ordem na grande confusão em que se encontrava o país (Silva, 1996). O programa foi desenvolvido com o objetivo de transformar o ambiente das organizações e a atitude das pessoas, melhorando a qualidade de vida dos funcionários, diminuindo desperdícios, reduzindo custos, aumentando a produtividade das instituições e melhorando a qualidade dos serviços.

Ribeiro (1994) explica detalhadamente o programa, que é composto por 5 conceitos que, em japonês, começam com "S". O 1ºS (SEIRI ou Senso de utilização) visa, primeiramente, eliminar itens desnecessários que devem seguir um fluxo de descarte adequado e, posteriormente, deve-se classificar o que for necessário por ordem de uso. Após a conclusão do 1ºS, preconiza-se organizar em pastas e armários, de forma padronizada, os materiais necessários. Esta etapa é chamada de 2ºS (SEITON ou Senso de ordenação).

O 3ºS (SEISO ou Senso de limpeza) consiste em uma limpeza geral minuciosa após a realização dos 2 primeiros S e uma limpeza habitual diária realizada por todos os funcionários da instituição.

As duas últimas etapas visam a aperfeiçoar a técnica. Além da preocupação constante com o ambiente do trabalho, deve-se ter um cuidado com a saúde do trabalhador, oferecendo boas condições de trabalho e programas que incentivem a qualidade de vida completando, assim, o 4ºS (SEIKETSU – Senso de asseio). Enquanto o 5ºS (SHITSUKE – Senso de disciplina) tem como objetivo a divulgação e continuidade das práticas para que o programa seja incorporado na cultura da organização e alcance bons resultados.

Ribeiro (1994) ainda afirma que a implantação do programa 5S traz muitos benefícios à instituição. A otimização e organização do espaço eliminam o tempo de procura, facilitando a circulação da informação e promovendo o aumento da produtividade. Além disso, traz mudanças no comportamento e atitudes de todos os envolvidos. Ao final da implantação dos 5S, a unidade deverá ter atingido melhoria do ambiente de trabalho, da qualidade de vida dos funcionários e das relações humanas.

Nas últimas décadas, a área da saúde começou a apresentar interesse crescente pelo tema, isto se torna evidente pela quantidade de trabalhos acadêmicos, seminários e materiais impressos referentes a qualidade em saúde. (Schiesari, 1999; Malik e Teles, 2000)

A implantação de um programa de qualidade como o 5S, em unidades de saúde distintas, requer uma programação, o estabelecimento de metas bem definidas a serem cumpridas e previsão de possíveis problemas que impedirão o alcance destas metas, ou seja, requer um planejamento adequado para o seu sucesso.

Neste contexto, o planejamento tem a função de orientar, para que estas unidades se mobilizem e alcancem um objetivo único, uniformizando a forma de trabalho e cultura, e ainda, criando um novo conceito de assistência à saúde para os usuários. Além disso, a possibilidade de prever os possíveis problemas que ocorrerão durante a implantação gera soluções antecipadas que facilitarão o processo de implantação e aumentarão as chances de sucesso.

Justificativa

A implantação do programa japonês chamado 5S foi escolhido com a finalidade de melhorar a qualidade nos serviços prestados por algumas unidades de atenção primária de saúde da cidade de São Paulo, administradas por uma Organização Social de Saúde.

A escolha da implantação de um programa de qualidade se justifica pelo excesso de materiais desnecessários, a falta de espaço dentro destas unidades de saúde, além da necessidade de incluir uma cultura de qualidade e disciplina nos funcionários.

Como estas unidades de saúde estão dispersas em uma região bastante extensa da cidade e as atividades dos funcionários são heterogêneas, é importante a elaboração de um planejamento único e detalhado para que a implantação do programa siga os mesmos objetivos nos diferentes locais, além de um treinamento abrangente em todas as unidades participantes.

As unidades apresentavam diversos problemas relacionados ao fluxo de descarte dos materiais desnecessários, inviabilizando a implantação do programa 5S antes da resolução prévia destes problemas, o que também justifica um planejamento prévio à implantação.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é realizar o planejamento para a implantação do programa de qualidade 5S em sete unidades de saúde administradas por uma organização social de saúde na cidade de São Paulo.

Métodos

Visando atingir o objetivo descrito acima, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a implantação do programa 5S e seu planejamento. Posteriormente, foram realizadas visitas nas sete unidades de saúde para analisar a realidade do local, avaliar os possíveis benefícios da implantação do programa, realizar o registro fotográfico e ainda diagnosticar as dificuldades relacionadas com a implantação do programa 5S. Estas ações pretendiam adequar o projeto à realidade destes locais.

Após as visitas, foram realizadas 2 reuniões com os gerentes de todas as unidades e 2 reuniões com os gerentes e líderes do projeto de cada unidade. As reuniões tinham como objetivo a sensibilização quanto à importância da implantação do programa, para que, assim, houvesse um envolvimento das unidades no planejamento.

Resultados

Após a realização das visitas e reuniões, os gerentes de todas as unidades entenderam a importância do programa 5S, atuando de forma participativa nas discussões realizadas, pautando principalmente os problemas que dificultariam a implantação do programa. Estas discussões resultaram em um alinhamento de objetivos entre as diferentes unidades.

Além das atuações já descritas, os gerentes das unidades também apresentaram papel importante na escolha dos líderes responsáveis pelo projeto em cada unidade. Os funcionários escolhidos apresentavam, além de perfil de liderança, características exigidas pelo programa como organização, limpeza e disciplina.

Os problemas levantados pelos gerentes e líderes durante as reuniões foram solucionados antes da implantação efetiva do programa nas unidades. O obstáculo mais citado por todas as unidades foi a falta de um destino para o descarte de certos tipos de materiais e bens patrimoniais.

Como visto anteriormente, o primeiro S consiste em descartar os itens desnecessários, não sendo possível a sua realização sem um destino adequado de descarte. Por isso, foram realizadas pesquisas e reuniões visando trazer soluções para os problemas apresentados.

Os problemas relacionados ao descarte envolviam o não conhecimento do destino correto de resíduos químicos pelos funcionários, a demora da prefeitura em retirar os bens patrimoniais inservíveis que se acumulavam nas unidades, o desconhecimento por parte das gerentes do encaminhamento de bens patrimoniais servíveis sem utilidade na unidade, o acúmulo de diário oficial do estado que a gerente presumia a obrigatoriedade de guarda por 2 anos, além do acúmulo de receituários antigos.

Após pesquisa sobre a destinação de resíduos químicos, foi evidenciado que estes poderiam ser retirados pela mesma empresa que recebia os fármacos vencidos, porém havia necessidade de solicitação da documentação pela Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB) para autorização de transporte destes.

Através de reuniões entre a gerente de qualidade e coordenadoria da secretaria municipal, foram acordadas atividades para otimizar o descarte de bens patrimoniais. Foi agendada uma reunião entre os gerentes das unidades e os responsáveis pelo descarte destes bens na prefeitura para elucidação deste processo de descarte. Além disso, foi acordada a participação da administradora das unidades nos procedimentos de descarte, o que agilizaria a eliminação do bem patrimonial. A partir destas reuniões houve uma melhoria na comunicação entre a secretaria municipal de saúde e a administradora das unidades de saúde municipais.

Outra decisão tomada pela administradora destas unidades de saúde foi a de realizar o transporte de receituário e prontuários antigos de pacientes para um local de armazenamento, liberando, assim, espaços dentro das unidades. Um problema inicial muito relatado foi a guarda de diário oficial por 2 anos. Esta informação foi levantada pela equipe deste trabalho, e descobriu-se, através de informações do governo estadual, que não havia necessidade deste procedimento, por não se tratar de documentação oficial. Foi, então, comunicado aos gerentes a possibilidade do descarte.

A questão da limpeza também foi levantada, pois a empresa terceirizada que prestava serviço nas unidades não estava realizando algumas atividades acordadas no contrato como compra de materiais para a limpeza e transporte para seus funcionários gerando absenteísmo dos responsáveis pela limpeza e inviabilizando a implantação do 3º S. A gerente de qualidade informou aos funcionários que o contrato com a empresa já estava próximo de terminar, e que no momento da implantação do 5S outra empresa seria a responsável.

A resolução dos problemas descritos acima resultou em motivação por parte dos gerentes, líderes e funcionários que começaram a perceber relevância e dimensão que o programa poderia atingir. Por outro lado, a gerente de qualidade percebeu que o planejamento da implantação do programa 5S mostrava diversas falhas presentes nas unidades que anteriormente não eram detectadas, favorecendo, então, uma melhor administração das unidades de saúde.

Após discussões com os gerentes e líderes nas reuniões e a resolução dos problemas descritos acima, foi elaborado o projeto de implantação do programa 5S nestas unidades. O projeto abordava revisão bibliográfica, justificativa para a implantação do programa 5S, objetivos, metodologia de implantação, organograma com definição de equipes e responsabilidades, cronograma, custos, resultados esperados e métodos de avaliação dos resultados.

O organograma com as funções e responsabilidades de todos os funcionários envolvidos na implantação do 5S encontra-se ilustrado abaixo.

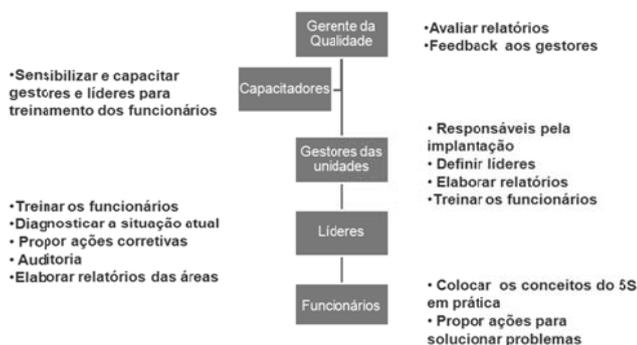


Figura 1- Organograma dos envolvidos na implantação do programa 5S

O cronograma, ilustrado abaixo, foi elaborado com a finalidade de unificar as ações de implantação do 5S dentro das unidades.

Figura 2- Cronograma para a implantação do projeto 5S

Atividades 1ºS	Responsável	Semana
Treinamento 1ºS para os funcionários	Gerentes e líderes	4ª
Dia D - Início das atividades práticas	Funcionários	5ª
1º S - Separação dos materiais desnecessários	Funcionários	5ª
1º S - Acompanhar atividades de separação dos materiais	Gerentes e líderes	5ª

1º S - Classificação dos itens necessários por ordem de uso	Funcionários	6ª
1º S - Eliminação dos materiais desnecessários	Gerentes e líderes	6ª
1º S - Elaboração do relatório de avaliação	Gerentes e líderes	7ª
Atividades 2ºS		
2º S - Treinamento dos funcionários	Gerentes e líderes	8ª
2º S - Levantamento da necessidade de móveis e materiais	Líderes e funcionários	9ª
2º S - Envio da solicitação de compra de móveis e materiais	Gerentes	9ª
2º S - Compra de móveis e materiais	Gerente da qualidade	10ª
2º S - Entrega de móveis e materiais	Gerente da qualidade	14ª
2º S - Organização dos materiais	Funcionários	15ª
2º S - Acompanhamento das atividades de organização	Gerentes e líderes	15ª
2º S - Elaboração do relatório de avaliação	Gerentes e líderes	16ª
Atividades 3ºS		
3º S - Treinamento dos funcionários e equipe da limpeza	Gerentes e líderes	17ª
3º S - Faxina	Equipe da limpeza	18ª
3º S - Acompanhamento das atividades de limpeza	Funcionários e líderes	18ª
3º S - Início das rotinas de limpeza diária	Funcionários	18ª
3º S - Elaboração do relatório de avaliação	Gerentes e líderes	19ª
Atividades 4ºS		
4º S - Diagnóstico do cumprimento da NR32	Gerentes e líderes	20ª
4º S - Elaboração do relatório para cumprimento da NR32	Gerentes e líderes	21ª
4º S - Solicitação de aquisição dos materiais e equipamentos	Gerentes e líderes	21ª
4º S - Compra de materiais e equipamentos	Gerente da qualidade	22ª
4º S - Entrega de materiais e equipamentos	Gerente da qualidade	26ª
4º S - Discussão dos resultados com os funcionários	Gerentes e líderes	26ª
4º S - Treinar funcionários- cumprimento da NR32	Gerentes e líderes	26ª
4º S - Elaborar programa para realização de atividades físicas	Gerentes e líderes	27ª
4º S - Prática dos conceitos e das sugestões apresentadas	Funcionários	27ª
4º S - Elaboração do relatório de avaliação	Gerentes e líderes	28ª
Atividades 5ºS		
5º S - Início da difusão permanente dos conceitos	Gerentes e líderes	29ª
5º S - Criar mecanismos de avaliação contínua	Gerentes e líderes	30ª

Foram elaborados questionários que serão respondidos pelos líderes e gestores de cada unidade e entregues na forma de relatório, ao final de cada S, à gerente de qualidade. Esta avaliará os relatórios e realizará reuniões com os gerentes das unidades para alinhamento do projeto e acompanhamento das atividades.

Conclusões

O planejamento da implantação do programa 5S nas unidades de saúde foi realizado de acordo com o preconizado pela bibliografia referente ao tema, mas considerou também as peculiaridades do local de implantação. Por isso, foi importante o envolvimento das equipes de todas as unidades.

O projeto realizado estabeleceu objetivos comuns entre a gerente de qualidade, as gerentes das unidades, os líderes, os funcionários e os financiadores, além de definir um método específico para alcançar as metas propostas. Esta estruturação, somada à disseminação da importância do programa para os funcionários resultou em envolvimento e motivação destes.

As reuniões com os gerentes e líderes das unidades resultaram em discussão dos problemas que poderiam interferir na implantação do programa. A resolução destes problemas agregou valor ao planejamento, visto que otimizará tempo durante o período de implantação.

As dificuldades encontradas em serviços públicos de saúde para a implantação de programas de qualidade certamente não são desprezíveis. Conclui-se com este trabalho que, através de um planejamento adequado, pode-se eliminar entraves e facilitar caminhos para a implantação de programas que visam trazer melhorias aos serviços como o 5S.

Referências

- BESSANT, J. Developing continuous improvement capacity. *International Journal of Innovation Management*, v.2, n. 4, p. 409-429, dez. 1998.
- MALIK, A. M., TELES, J. P. Qualidade em saúde. São Paulo : FGV-EAESP, 2000. Projeto de pesquisa financiado pelo NPP.
- MESQUITA, M., ALLIPRANDINI, D. Competências essenciais para melhoria contínua da produção: estudo de caso em empresas da indústria de Autopeças. *Gestão & Produção*, v.10, n.1, p. 17-33, abril. 2003.
- OAKLAND, J.S. Gerenciamento da Qualidade Total: TQM. São Paulo:Nobel, 1994.
- RIBEIRO, H. 5S housekeeping. 2. ed. Salvador: Casa da qualidade, 1994.
- SCHIESARI, L. M. C. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1999.
- SILVA, J. O Ambiente da Qualidade na Prática 5S. 3. ed. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1996.

Qualidade e Segurança

P_194_2011 - Uso de Casos, Crônicas e Notícias Como Ferramenta para Desenvolvimento de Recursos Humanos

Marcia Maiumi Fukujima, Suely Freire, Gina Mitie Y Ferreira, Irene Bueno Oliveira

Resumo: O Projeto Valores foi criado para desenvolver a capacitação pessoal e comprometimento dos colaboradores direta ou indiretamente envolvidos com a assistência. É feita análise das principais não-conformidades do período e elaborado um caso sobre o tema, focado nas conseqüências pessoais e para sociedade. Para cada caso são acompanhados indicadores, principalmente aqueles relacionados à ocorrência do desvio. É apresentado um exemplo de caso sobre erro de identificação de anatomia patológica, onde ocorreu redução de 89% das ocorrências. O Projeto Valores é de fácil implantação e de baixo custo.

Palavras-chave: capacitação, recursos humanos, técnica de treinamento

INTRODUÇÃO

O atendimento ao cidadão em hospitais públicos vem sendo cada vez mais aperfeiçoado nos últimos anos. Vários dispositivos para garantir o cumprimento da Carta de Direitos dos Usuários do SUS vem sendo implantadas em diversos serviços, com resultados positivos.

Temos notado que a gestão da qualidade está intimamente relacionada a bons resultados e uma das diretrizes da gestão da qualidade diz respeito ao gerenciamento dos planos de negócios entre as unidades internas do hospital.

Cada unidade identifica seus clientes e fornecedores após definir o seu produto. A seguir negocia com clientes e fornecedores as condições de entrega, recebimento, prazos, condições, entre outros itens. A partir desta negociação define os planos de negócios com seus fornecedores e clientes, na forma de itens de contrato, onde as partes fazem acordos.

O não cumprimento dos planos de negócios gera as não conformidades, que são encaminhadas para a gerência da qualidade, onde são classificadas, analisadas junto aos setores reclamados e geram ações corretivas e preventivas para que a ocorrência da não conformidade seja resolvida e prevenida de recorrência.

Em fórum com alta administração as não conformidades são discutidas e servem de substrato para elaboração de planos e metas.

Este tratamento formal da não conformidade pode ser bastante eficaz, porém, no cotidiano, muitas ações não são levadas a cabo pelo fato dos indivíduos envolvidos não se implicarem no problema ocorrido, nem se preocuparem com impactos potenciais.

O incentivo à notificação de incidentes e eventos que afetam os pacientes ou o risco da sua ocorrência é um dos métodos usados para realizar o gerenciamento dos riscos, com consequente aumento da segurança da assistência e da qualidade.

Contudo, se os colaboradores envolvidos com a assistência direta ou indiretamente não estiverem completamente comprometidos com seu trabalho, este se dará de maneira automática, pouco cuidadosa e pouco individualizada, levando a um atendimento precário e com grandes lapsos que colocariam o paciente em riscos adicionais aos já definidos pelas doenças que os levam ao hospital.

Este projeto foi criado para desenvolver a capacitação pessoal e comprometimento dos colaboradores direta ou indiretamente envolvidos com a assistência, elevando a qualidade do cuidado.

OBJETIVOS

Aumentar o comprometimento dos colaboradores de todos os níveis e categorias profissionais de um hospital geral com o trabalho.

Difundir valores considerados importantes na instituição nos diversos níveis da estrutura administrativa.

MÉTODO

O projeto consiste de:

- Levantamento de ocorrências relacionadas às não conformidades entre os processos da instituição.
- Levantamento de ocorrências não previstas com ou sem impacto no paciente (eventos sentinela, incidentes relacionados a equipamentos, medicamentos, ambiente, cuidados assistenciais em geral).
- Seleção de desvios de processos que potencialmente causariam dano.
- Elaboração de casos fictícios baseados em desvios reais ou potenciais.
- Mapeamento de aplicabilidade do caso.
- Discussão dos casos com as pessoas envolvidas com os processos selecionados.
- Definição e acompanhamento de indicador de reincidência das ocorrências ao longo do tempo.

Características dos casos.

- Os casos devem ser escritos em forma de caso clínico, notícia de jornal ou crônica.
- Devem ter linguagem clara e acessível ao público de colaboradores que discutirão cada um dos casos.
- Devem usar letras iniciais ou nomes fictícios para designar os pacientes descritos e demais pessoas que compõe o elenco do caso.
- Devem ressaltar as consequências para o indivíduo, família e sociedade.

Discussão do caso.

- A discussão do caso deve ser agendada pelo gestor da unidade.
- Os casos devem ser discutidos preferencialmente em grupos.
- Os participantes devem ser avisados de que se trata de caso fictício.
- O gestor da unidade pode escolher o método de apresentação dependendo do perfil de sua equipe: leitura individual ou em grupo, encenação, etc.
- Deve sempre existir algum espaço para manifestações espontâneas sobre o caso e discussão dirigida.
- No final, o gestor ou condutor da discussão solicita sugestões para que se possa prevenir nova ocorrência do evento ou não conformidade.

RESULTADOS

No período de março a setembro foram desenvolvidos 27 casos (5 notícias de jornal, 22 casos clínicos) discutidos com 1118 colaboradores (o mesmo colaborador pode ter participado da discussão de vários casos).

Exemplo de caso discutido

Caso: notícia erro de anatomia patológica

Áreas e unidades: corpo clínico – cirurgiões, enfermagem centro cirúrgico, SAME, anatomia patológica, laboratório.

Objetivo do caso: Cirurgia segura. Identificação de pacientes, pedidos e materiais.

Medida: não conformidade erro de pedido de anatomia patológica.

Figura 1 – Exemplo de notícia fictícia baseada na não conformidade “erro no pedido de anatomia patológica”

Manchete do Jornal da Manhã:

“Mulher consegue sua mama de volta na justiça e diretor do hospital é condenado a pagar indenização”.

Diablocity - A comerciante Sra. Marina dos Santos, 28 anos, processa o Hospital Estrela Dalva (HED), onde foi submetida a uma mastectomia radical (retirada completa de uma das mamas) por erro médico. “Tive transtornos depressivos, cheguei a pensar em suicídio, e consegui forçar na minha igreja para entrar na justiça e pedir o que era meu de volta. Faço tratamento psiquiátrico e tomo remédios controlados. Tenho esperança de parar com esses remédios e tratamentos após a cirurgia que vou fazer para colocação da prótese de mama que já está marcado para o mês que vem. Adiei meu casamento que estava marcado para época da primeira cirurgia. Há um ano atrás”, diz Sra. Marina dos Santos em entrevista exclusiva para o Jornal da Manhã. Em 14 de fevereiro do ano passado, a Sra. Marina dos Santos foi internada no Hospital Estrela Dalva para retirada de um cisto na mama direita. No mesmo dia foi internada Sra. Marisa dos Santos, 58 anos, para retirada de um nódulo da mama direita. As duas pacientes não se conheceram nem se encontraram no hospital. As duas tiveram as cirurgias realizadas no período da manhã. Levantamento mostra que o Hospital Estrela Dalva realiza 12 cirurgias de pequeno porte por período, como é o caso das biópsias com retirada de nódulos e cistos de mama. Tanto Marina dos Santos como Marisa dos Santos tiveram alta no mesmo dia e retornaram em duas semanas para retirada do resultado. O laudo do exame de Marina dos Santos dizia: neoplasia maligna da mama. Com o laudo na mão, Marina dos Santos levou o resultado para Dra. Estrela Dalva, sua médica que atendia no Hospital Estrela Dalva, que explicou tratar-se de caso grave, mas que a mastectomia radical associada à radioterapia poderia trazer boas chances de cura. Marina dos Santos submeteu-se à cirurgia em março, recuperou-se com dificuldade, complementou o tratamento com radioterapia. Marina dos Santos tem uma seqüela no

braço direito, que a impede de realizar alguns movimentos.

Em junho, a Dra. Estrela Dalva, durante uma consulta de Marina dos Santos, chamou a mesma pelo nome Marisa. Marina corrigiu imediatamente e a médica notou alguma errada no prontuário de sua paciente. Notou que o pedido de anatomia patológica, escrito a mão, que estava no prontuário de Marina dos Santos parecia ser de Marisa dos Santos e o laudo digitado também tinha o nome de Marisa dos Santos. A médica solicitou revisão dos exames.

A investigação policial do caso foi conduzida em abril. Os nomes dos pedidos de anatomia patológica estavam ilegíveis, mas as peças haviam sido identificadas por vários outros mecanismos como o horário, sala da cirurgia e médico solicitante. Não há dúvida de que os exames foram trocados, diz Dr. Sol Estelar, perito que atuou no caso. Apesar de carimbos ilegíveis, os responsáveis já foram identificados.

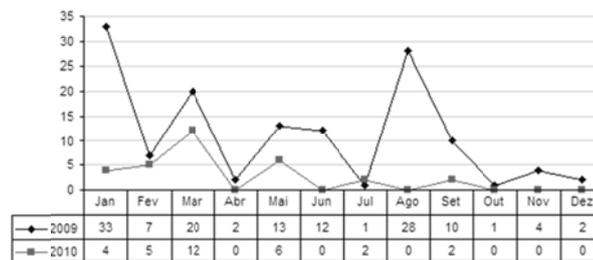
O advogado de Marina dos Santos, que não quis se identificar, informou por telefone a redação do jornal que moveu ação contra o Hospital Estrela Dalva para indenização pelo erro do hospital, pelas seqüelas físicas e psíquicas de sua cliente além do reparo físico dos procedimentos indevidos.

Dr. Luz Dalvo, diretor do Hospital Estrela Dalva, vai pagar o tratamento reparador de Marina dos Santos, mas entra com recurso e acredita que quem deve responder pelo erro são os médicos que fizeram pedidos ilegíveis de solicitação de exames. Os médicos envolvidos não foram localizados.

A redação do jornal procurou Sra. Marisa dos Santos, 58 anos, e seus familiares informaram que ela se encontra internada em estado terminal porque houve demora no diagnóstico de câncer maligno de mama.

Reportagem de Luana Azul da redação local.

Gráfico 1 - Exemplo de acompanhamento de ocorrência. Discussão do caso “Erro de identificação de peça de anatomia patológica” em março de 2010.



Média de 10,3 ocorrências/mês antes da aplicação do caso e 1,1 ocorrências/mês após aplicação do caso, que representa redução de 89,3%.

CONCLUSÃO

A percepção e reconhecimento dos problemas do cotidiano é importante para sensibilizar os colaboradores sobre a responsabilidade de suas ações e atitudes.

Conhecer as possíveis consequências no plano pessoal, familiar e social faz com que os colaboradores desenvolvam empatia pelo paciente, colocando-se no lugar dele. Este método ajuda a “enxergar além das paredes do hospital”.

A redução significativa de recorrências das não conformidades e incidentes não pode ser atribuída exclusivamente ao método de discussão dos casos, mas a observação cotidiana evidencia maior comprometimento com o trabalho e aumento da responsabilidade pelas ações, o que certamente contribui com o bom resultado. Ações referentes a fluxos e estrutura devem ser concomitantes.

Gestores da instituição devem se comprometer em adequar estrutura e condições gerais de trabalho para que o desempenho dos colaboradores seja maximizado. A discussão de casos serve também para gestores da alta administração.

A postura não punitiva da instituição no gerenciamento dos riscos e análise das não conformidades é essencial para que os colaboradores sintam segurança em notificar eventos e não conformidades. A certeza de que as notificações serão analisadas por comissões específicas com feedback aos notificadores incentiva essa prática.

O resultado final é um atendimento ao paciente mais seguro e de maior qualidade, já que as pessoas que o fazem estão profundamente comprometidas com o trabalho e compreendem a importância de suas ações e riscos de possíveis erros ou lapsos.

O Projeto Valores traz uma proposta de método que complementa o desenvolvimento das pessoas comprovadamente eficaz e de baixíssimo custo de implantação.

Referências

- Qyeen s University. Centre of teaching and learning. <http://www.queensu.ca/ctl/goodpractice/case/index.html>
 Garvin DA, Roberto MA. What You Don't Know About Making Decisions. Harvard Business Review 2001, 11p.
 Knowles MS, Holton III EF, Swanson RA. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resource development. 5ed. Elsevier, Burlington, 1998.
 Manual de Acreditação Internacional – Programa de Acreditação Canadense, CCAP. IQG & CCHSA International, 2008.
 Molla S. Donaldson. Measuring the Quality of Health Care. National Academy Press, Washington, DC 1999, 42p.

Qualidade e Segurança

P_195_2011 - Observatórios de Custos em Saúde – O uso da meta-informação de custos em saúde como subsidio a qualidade do setor saúde

Marcio Augusto Goncalves, Márcia Mascarenhas Alemao, Carlos Alberto Gonçalves, Josiano Gomes Chaves, Heloisa Azevedo Crumond, Dayenne Cristina Martins Valente, Telma Braga Orsini, Osvaldo Kurschus De Oliveira, Renata Melgaço Gonçalves, Nágela Patrícia Amaral Rocha, Elaine Pontes

Resumo: O Observatório de Custos em Saúde surgiu de trabalho conjunto entre FHEMIG e UFMG. Este artigo relata os resultados da sua gênese e concepção inovadoras no uso da informação de custos na saúde como meta-informação ou seja, como indicador de resultado e de processo. Neste estudo multi-casos exercita-se a pesquisa aplicada na busca do equacionamento dos gastos na saúde em Minas Gerais. Mostra-se a utilização dos custos como “meta-informação”, ou seja, como uma “informação-produto” acerca de “quais” e “como” recursos estão sendo consumidos nos processos hospitalares. Torna-se importante ferramenta de suporte à qualidade do gasto público no setor saúde.

Palavras-Chave: Meta-Informação Custos; Observatório de Custos em Saúde; Inovação em custos.

Introdução

No atual momento em que se busca transparência na gestão pública, no qual a consciência coletiva cidadã questiona as ações e aplicações de recursos e seus resultados, faz-se necessário um melhor gerenciamento dos gastos públicos, principalmente aqueles destinados ao setor saúde. Como aponta Miranda (2003), analisando o relatório do Banco Mundial (BIRD) referente ao SUS do Brasil, o contingenciamento de recursos do Orçamento Geral da União embaraça a programação de gastos na saúde pública, pois é preocupante investir-se em saúde com a má administração. A avaliação do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, após concordar com as conclusões do relatório do BIRD, aponta a ineficiência como uma das principais ameaças à sobrevivência do SUS. Opinou ainda que o modelo de saúde atualmente em andamento entrará em colapso caso não haja controle dos gastos efetuados, pois como a população vai continuar a crescer, o governo terá de mudar a maneira como gasta o dinheiro público quer seja ele de origem Municipal, Estadual ou Federal.

A adoção de modelos de gestão que possibilitem maior visibilidade do desempenho público é de fundamental importância na administração pública. A necessidade da busca por melhor qualidade dos serviços prestados, em se tratando do setor saúde, é mais evidenciada, considerando as dificuldades do setor, tão amplamente divulgado pela mídia.

Não é mais aceitável atender aos acréscimos de demanda social por serviços de saúde através do expediente de “(...) meramente colocar mais recursos no setor saúde através do financiamento por mais impostos (...)” (Fare et al in Marinho e Façanha, 2001). Na Suécia, também segundo os autores, é cada vez maior a atenção na eficiência dos serviços de saúde, considerando-se seriamente “(...) as possibilidade de melhorar a utilização dos recursos existentes e de aumentar a produtividade(...)” (idem).

É de conhecimento de todos que os recursos financeiros no setor saúde são escassos ou, ditos escassos. Conforme Drummond et al (1997) os recursos são escassos e finitos, sejam eles humanos, cronológicos, financeiros, físicos e/ou estruturais e as escolhas devem ser e são feitas todos os dias. Oposto a esta escassez de recursos, a demanda e as necessidades crescem consideravelmente, em razão do envelhecimento da população, do incremento de doenças crônicas e re-emergência de doenças infecciosas, além de um crescente processo de incorporação tecnológica de maior densidade e maiores custos (BRASIL, CONASS, 2007). A necessidade de otimizar a utilização dos recursos no setor, de expansão e melhor dimensionamento do atendimento também sustenta a urgência de criação de uma base de conhecimento que subsidie a discussão de como os recursos estão sendo utilizados e que fundamente a criação de políticas de saúde no Brasil.

Confirma esta necessidade a essência estabelecida para o SUS de universalidade e integralidade e também que “a administração pública manterá Sistema de Custos que permita a avaliação e o acompanhamento da gestão orçamentária, financeira e patrimonial” (Lei nº 101/2000, também chamada Lei Responsabilidade Fiscal). Esta compreensão vem mudando o cenário na administração pública, apoiado também pela incorporação de conhecimentos gerenciais utilizados na área privada, e que vem transformando seu paradigma de gestão. O conhecimento do custo dos serviços públicos é fundamental para o alcance de uma alocação eficiente de recursos e melhoria na qualidade dos serviços prestados. Permite utilizar de forma mais objetivamente racional os recursos disponíveis, ou seja, permite direcionar os esforços naquilo que agrega valor e melhora a qualidade da assistência. Apesar dos expressivos números que representavam e ainda representam os gastos no setor saúde, o tema “custos” ainda é pouco explorado no setor público. Nas organizações públicas de saúde é comum acreditar que não há necessidade de se pensar em custos, já que o governo é o responsável por manter estas instituições. A cultura de que “saúde não tem preço” vem se alterando para “saúde não tem preço, mas tem custo”.

Na assistência à saúde, a baixa disponibilidade de informações sobre custos constituía fator limitante na fundamentação de ações e políticas públicas estruturantes, principalmente no que tange à organização das redes de serviços, incentivos e pagamentos. Neste contexto, a utilização de informações de custos como mecanismos que conferem maior visibilidade e transparência na aplicação dos recursos disponíveis, principalmente no setor saúde, é de suma importância.

OBJETIVO

As dificuldades enfrentadas pelo setor saúde criam uma urgência em se repensar os seus gastos. As opiniões sobre o setor deslocam entre aqueles que dizem que “existem recursos para o setor e que estes são mal geridos” e aqueles que afirmam que “o problema da saúde é de falta de financiamento”. Enfim, existe um debate vigoroso entre financiamento e gestão do setor saúde muitas vezes descalçado de um propósito acerca do que se quer ou do que se pode ter em termos do que é propugnado pelo SUS: universalidade, integralidade, equidade.

Este debate precisa da geração de mais luz e de menos calor de tal forma que conduza a ganhos globais. Assim, necessidade da criação de uma base de conhecimento que fundamente as discussões do setor saúde é de importância fundamental e urgente. Torna-se imprescindível conhecer a composição de gastos e, daí os custos, como um processo norteador das decisões gerenciais, no que diz respeito à melhor utilização dos recursos no atendimento à população.

Logo, objetivo deste trabalho está em definir e apresentar o Observatório de Custos em Saúde que, por sua vez, tem como objetivo principal gerar conhecimento que subsidie o debate científico, político, jurídico (a “judicialização” principalmente), financeiro, econômico e acadêmico no setor saúde. Os estudos se apóiam, principalmente, nas meta-informações e indicadores gerados pelos estudos de gastos (custos, despesas, investimentos e perdas) e financiamentos envolvidos com a gestão hospitalar e a assistência farmacêutica.

O Observatório de Custos em Saúde é constituído de um grupo pesquisadores que pensa custos como indicador de processo, resultado e desempenho e que, dada a sua forma inovadora de considerar as informações de custos como meta-informação, foca a necessidade de evidenciar e entender os custos em saúde da forma mais abrangente possível. Isto implica em estudar os custos não apenas na dimensão financeira, mas como parte de um sistema de informação de gestão que inclui também abordagens não-financeiras. Ainda, sustenta a adoção de estudos de medicina baseada em evidências e não em análises fragmentadas, parciais e subjetivas, criando meios de instrumentalizar o estudo custo-efetivo da assistência à saúde e desta forma melhorar a qualidade dos serviços prestados.

É importante destacar que a meta-informação é comumente entendida como informação acerca de informação (GILLILAND-SWETLAND, 2000; TAYLOR, 2003). No setor saúde busca-se apropriar da informação de custos como um sumário sobre quais e como os recursos são consumidos pelos produtos ou serviços. Então, quando se diz que, por exemplo, uma apendicectomia custa X reais, este X “traduz” ou “sumariza” as atividades constitutivas do procedimento, o que e como foram consumidos materiais, medicamentos, recursos humanos, e etc.

Assim, apresenta-se aqui como o Observatório de Custos em Saúde busca apropriar-se do conhecimento da meta-informação custo do produto ou do serviço na perspectiva da compreensão para subsidiar ações de planejamento e controle do que meramente cortes grosseiros, proporcionando, de forma inovadora, o aprimoramento da gestão.

Justificativa

Diante das características do setor saúde, percebe-se que os sistemas de custos devem objetivar não somente à determinação dos preços dos serviços, mas também uma análise interna que permita um melhor conhecimento dos resultados da gestão e uma melhoria no funcionamento da organização. Neste contexto, são exemplos claros das dificuldades encontradas: a necessidade de maior integração com os demais prestadores e demais níveis de atenção; estruturação em redes do processo assistencial; a demanda elevada por serviços hospitalares, principalmente de baixa e média complexidade e de longa permanência; a capacidade limitada de pagamento do sistema; a pressão por incorporação tecnológica e utilização ainda incipiente de mecanismos e ferramentas para avaliação de custo-efetividade desta incorporação; a pouca flexibilidade na gestão de recursos, principalmente na gestão de pessoas; e a judicialização do sistema de saúde.

As técnicas de contabilidade de custos podem fornecer um mecanismo pelo qual se gera um número que representa o valor monetário de um bem ou produto. As informações de custos e suas classificações contêm percepções valiosas que, se interpretadas corretamente, podem fornecer orientações importantes para o decisor quanto aos processos de fabricação do bem ou da prestação do serviço (EMMANUEL et al, 1990). No setor de saúde, a diversidade nos atendimentos faz com que o conhecimento dos processos constitutivos seja de suma importância. Desta forma, o conhecimento do “como”, “quando”, “quanto” sustenta a busca pela qualidade nos atendimentos.

Assim, o Observatório de Custos em Saúde cria uma base de conhecimentos de significativa relevância e progride na sua forma de interpretação. Com o propósito de priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos públicos, esta ação eleva a utilização das informações geradas pelos sistemas de custos a um objetivo mais macro, estratégico, constitui-se em ação de fundamental importância para auxiliar a formação de políticas e o financiamento de saúde, subsidiando o debate da meta-informação custos como suporte da qualidade do gasto público no setor saúde. Ao mesmo tempo, sustenta a acreditação, melhores práticas, o Benchmarking, o desenvolvimento e a incorporação científica e tecnológica e principalmente, ainda, transparência dos gastos públicos.

A relevância do Observatório de Custos bem como o compartilhamento amplo de seus resultados pode ser fundamentada nos vultosos números de gastos com assistência e medicamentos bastante divulgados pela mídia. No atual momento em que se busca transparência na gestão e qualidade dos gastos públicos, no qual a consciência coletiva cidadã questiona as ações e aplicações de recursos e seus resultados, enfatiza-se um melhor gerenciamento dos gastos públicos voltados para a saúde.

Métodos

O Observatório de Custos em saúde realiza estudos e pesquisas no setor saúde essencialmente. A abordagem metodológica para o desencadeamento das ações do Observatório de Custos em Saúde está apoiada nos paradigmas das Ciências Sociais Aplicadas. caracteriza como pesquisa aplicada. Quanto aos métodos, são utilizados tanto aqueles de cunho eminentemente quantitativo quanto aqueles qualitativos. Visa-se, com isso, garantir rigidez metodológica sempre além da validação e confiabilidade internas dos resultados. A abordagem quali-quantitativa também tem sido utilizada também quando se é necessário.

Resultados

A abordagem do Observatório de Custos em Saúde produz excelência em dois níveis de resultados distintos, porém complementares, em termos de qualidade.

O primeiro pode-se dizer, estratégico e tático/gerencial, pois trata de ações desencadeadas nos níveis decisórios intermediários e de topo, sustentando a sua utilização para subsidiar a negociação dos valores financiados pelo Ministério da Saúde na exata dimensão da necessidade. Ou seja, busca-se a prática do “nem mais caro e nem mais barato, mas o adequado com qualidade”. É a expressão correta do Melhor Valor pelo Dinheiro (Best Value for Money). Já, o segundo diz respeito ao fato do Observatório de Custos em Saúde usar a meta-informação de custos como indicador de processo, de desempenho ou de resultado. Neste caso, a meta-informação custo é usada para medir e avaliar, por exemplo, a variabilidade dos processos e ganho de capital intelectual.

Foram buscados resultados que podem ser classificados nas dimensões humanas, sociais, organizacionais, culturais e financeiras principalmente. Estes resultados serão detalhados adiante. Tudo isto, sem perder de vista a otimização do uso dos recursos disponíveis, a melhor funcionalidade e qualidade dos produtos oferecidos e dos serviços prestados, assumindo papel vital “para oferecer o melhor para mais por menos”.

O Observatório de Custos está desenvolvendo ações na busca de melhorar a qualidade dos gastos públicos, por meio da transparência, com visibilidade, da utilização dos recursos empregados na área de saúde. Nas instituições que participam do Observatório de Custos estes resultados serão apresentados conforme descrito a seguir.

Na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, a criação do Núcleo Observatório de Custos em Saúde – NOCES constituiu um marco formal nos trabalhos de pesquisa já anteriormente iniciados pela instituição, na área de saúde. Algumas destas pesquisas podem ser aqui destacadas tais como: (a) Gestão Estratégica Hospitalar – Aplicação Fundamentada em Gestão de Custos no Setor Saúde, que objetiva desenvolver um modelo de custeio baseado em atividades para organizações hospitalares públicos e filantrópicas, que permita o conhecimento dos custos efetivos dos diversos serviços prestados por estes hospitais; (b) Indicadores de Gestão Hospitalar no Estado de Minas Gerais, que objetiva elaborar, analisar e divulgar indicadores de forma estruturada, periódica e permanente do setor saúde e gestão hospitalar do Estado de Minas Gerais; (c) Custo Final e Avaliação do Financiamento da Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais – Da perspectiva da SES/MG e do Usuário Cidadão, que objetiva o mapeamento e aplicação de sistema de custeio na prestação da Assistência Farmacêutica pela SES/MG; (d) Custo do processo executado pelo MG Transplantes (MGTx), que objetiva a evidência dos processos dos transplantes, seus atores e os recursos consumidos em cada fase do transplante e seu financiamento pelo SUS, subsidiando o debate gestão – financiamento do setor saúde. O NOCES também coordena os trabalhos do Observatório de Custos das demais instituições, num trabalho conjunto de construção da base de conhecimento do setor saúde.

O Observatório de Custos no âmbito da SES/MG tem o objetivo de monitoramento de custos e seu impacto econômico nos Programas Hospitalares e da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS/MG na SES/MG. Objetivando fornecer dados confiáveis voltados para subsidiar o planejamento para melhor aplicação de recursos voltados para a saúde em benefício do povo mineiro, o Observatório, na SES/MG está desenvolvendo os trabalhos estratégicos de dimensionamento de serviços de saúde aos municípios do Estado de Minas Gerais, conforme descrito: (a) estudo dos serviços laboratoriais, abordados, pelo menos, em quatro grandes dimensões: importância como apoio diagnóstico; consumo de recursos; diversidade de serviços prestados; escala com qualidade; (b) o dimensionamento de leitos de UTI nos hospitais públicos, abordando a necessidade de dimensionamento de leitos de retaguarda e de estrutura mínima hospitalar para atendimento da população; (c) dimensionamento do serviço de transporte sanitário, possibilitando melhora no atendimento a população, com melhores condições de transporte e logística, com redução significativa dos custos e melhora na qualidade dos serviços prestados.

Na FHEMIG, uma rede de 21 unidades assistências distribuídas em cinco complexos assistenciais e um dos maiores centros formadores de pós-graduação de profissionais de saúde do Brasil, o Observatório de Custos em Saúde possibilitou a criação de uma base de dados de custos hospitalares. Estes custos têm como instrumento de informatização dos dados o Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIGH, especificamente no seu módulo Custos. O SIGH tem como principal objetivo garantir a informatização dos processos de atendimento do paciente, gerando informações consistentes, disponíveis para todos os níveis gerenciais, em tempo real, nas Unidades Assistenciais e na Administração Central como subsídio ao planejamento e tomada de decisões. Especificamente para as informações de custos geradas pelas diversas Unidades Assistenciais foram desenvolvidos o módulo Custos – SIGH–Custos. Este módulo permite a elaboração de relatórios mensais de custos hospitalares e custo por paciente.

Os relatórios gerados a partir do SIGH–Custos atendem, inicialmente, a quatro objetivos distintos: subsidiar o planejamento e controle de operações rotineiras, o planejamento estratégico institucional, a formulação de políticas públicas para a saúde e o desenvolvimento de pesquisas, especialmente aquelas relacionadas com avaliações de custo efetividade. Os relatórios seguem a perspectiva do modelo mental do decisor, apresentando tanto informações macros quanto micro. As informações

de caráter macro, estratégicas, serão repassadas à Presidência da FHEMIG e seus diretores. As informações micro, obtidas através de refinamentos sucessivos, subsidiam a decisão estratégica da direção das Unidades Assistenciais, e decisões de caráter gerencial e operacional dos seus setores.

O Observatório de Custos em Saúde trabalha na realização de análises, discussões e avaliações periódicas destes relatórios junto à direção e ao corpo gerencial das Unidades Assistenciais. Desta forma, é possível a identificação das possíveis inconsistências, avaliação dos processos e levantamento de possíveis melhores práticas que subsidiarão o atendimento de qualidade na Rede. Assim, a análise dos custos apurados na FHEMIG, dada a sua representatividade no setor saúde, são considerados como uma referência no setor saúde.

Na FHEMIG, também, o Observatório de Custos em Saúde realiza Oficinas de Padronização onde se busca a qualidade, o gerenciamento da rotina e melhoria contínua dos processos. Dado o tamanho, dispersão e diversidade do setor, com a padronização pretende-se construir uma “linguagem” única respeitando-se, é claro, “dialetos” locais. A padronização dos processos de forma clara, objetiva e compreensível a todos os envolvidos oferece a oportunidade de identificar os procedimentos ou atividades cujo custo precisa ser analisado e controlado com mais cuidado. Assim, possibilita a utilização dos custos como indicador de desempenho ou de resultado

Desta forma, na FHEMIG o Observatório de Custos em Saúde possibilitou o alinhamento das ações de outros projetos – Acreditação Hospitalar, Gerenciamento Estratégico de Resultados, Política de Pesquisa, Protocolos Clínicos, Informatização de Prontuários Médicos - de forma a integrar e articular iniciativas num trabalho conjunto na busca do objetivo maior da Instituição, que é prestar, de forma eficiente, serviços com qualidade e segurança aos seus usuários. O Observatório de Custos em Saúde apresenta outros resultados mais evidenciáveis que não se restringem às instituições que o constituem. Estes resultados merecem aqui ser apresentados: uma revista, um site e um seminário.

A Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – RAHIS (ISSN 1983-5205), iniciada em 2008, com tiragem semestral, oferece mais uma fonte de pesquisa e de leitura dos resultados de trabalhos científicos na área de Administração, mais precisamente a Administração Hospitalar e o Setor Saúde. A revista editada pela UFMG em conjunto com a Associação de Hospitais de Minas Gerais – AHMG e apoio da OPAS/OMS tem como principal objetivo criar um banco de informações que se torne a voz de um fórum permanente do debate sobre financiamento, economia e inovação na saúde. Tem também sua versão eletrônica (www.face.ufmg.br/revista/index.php/rahis). A revista encontra-se relacionada no Qualis CAPES. Espera-se, deverá ser pontuada pela CAPES em sua próxima avaliação (não foi pontuada na última avaliação por ainda não ter dois anos completos de existência).

O site Indicadores Hospitalares do Estado de Minas Gerais, também iniciado em 2008, também é uma parceria da UFMG com a Associação de Hospitais de Minas Gerais (www.observatoriodecustos.com.br/ih). A justificativa do desenvolvimento do site é que se pretende elaborar, analisar e divulgar indicadores gerenciais de forma estruturada, periódica e permanente do setor saúde e da gestão hospitalar do Estado. Para isso, os hospitais participantes fornecem dados/informações que, processadas, dão origem aos indicadores de desempenho, de produto, de processo e descritivos, calculados e divulgados em termos globais neste site.

O “1º Seminário Nacional Observatório de Custos Hospitalares e Assistência Farmacêutica” também foi um importante marco nas atividades do Observatório de Custos em Saúde. O seminário, realizado em março de 2010, contou com participação das várias instituições parceiras, sendo importante marco nos debates sobre custos hospitalares, assistência farmacêutica, economia e financiamento de saúde.

Conclusão

O Observatório de Custos em Saúde resultou na instrumentalização pela busca da qualidade dos processos em termos de itens de controle e de verificação cibernéticos e não cibernéticos, na prestação de serviços assistenciais. A prática do “nem mais caro e nem mais barato, mas o adequado com qualidade” objetiva o trabalho do Observatório de Custos. É a expressão correta do Melhor Valor pelo Dinheiro (Best Value for Money).

A correlação dos indicadores de custos com indicadores assistenciais, permitindo entender como a variação em processos assistenciais impacta nos custos e vice-versa, constitui elemento de importância fundamental no estabelecimento de parâmetros de eficácia e eficiência, ou seja, quais os resultados são gerados numa determinada circunstância com um dado volume de recursos. A leitura e o monitoramento destes indicadores subsidiam o estabelecimento de serviços de alta qualidade, na medida em que permitem uma leitura indireta da qualidade do processo assistencial, e também o benchmarking com serviços de referência.

Também a percepção de que a utilização das informações de custos objetiva o entendimento do ‘como’, ‘onde’ e ‘porque’ estão sendo consumidos os recursos, levou a um gerenciamento destes recursos com mais qualidade. Tendo em vista a relação de custos x prestação de serviços de saúde, os recursos serão alocados de acordo com as necessidades locais e regionais, respeitando-se as questões relativas aos ganhos de escala, acessibilidade geográfica, dentre outros. Possibilita, assim, indicar a forma mais eficaz de atendimento no setor saúde de forma a obter ganhos de resultados na relação custo x benefícios para o paciente e para o sistema, dando suporte a políticas regulatórias e de incentivos por melhores práticas, desenvolvimento e assessoria de tecnologias informacionais, gerenciais e estruturais.

A implantação do Observatório de Custos na Rede FHEMIG propiciou revisão da estrutura interna de forma bastante abrangente e impossível de se listar totalmente: recursos humanos, estruturas, funções, processos, equipamentos, materiais, contratos, consumos, procedimentos médicos, atendimentos, contratos, informações, etc., busca de melhor estruturação dos processos, maior divulgação, normatização e conhecimento de informações de custos e utilização delas como ferramenta de gestão. Possibilitou um maior diálogo entre os setores, maior conhecimento dos processos de trabalho, diminuição nas resistências em compartilhamento, sistematização e organização dos dados existentes e levantamento de outros até então inexistentes no setor saúde. Permitiu uma visão dos pontos e situações críticas onde se deverá intervir para consolidar a apuração de custos como ferramenta gerencial na tomada de decisões, acompanhamento dos processos e como indicador de desempenho, financeiro e econômico da saúde. Podem-se verificar as melhorias nas buscas de reestruturação, maior divulgação e conhecimento dos processos internos e externos. Instrumentalizou a FHEMIG para um maior controle e planejamento dos seus processos internos por meio da utilização da meta-informação custos.

O Observatório de Custos em Saúde instrumentalizou a parceria FHEMIG-UFMG – SES com um modelo de gestão inovadora e valiosa ferramenta de gestão por meio da utilização da meta-informação custos. A representatividade destas instituições no cenário da saúde do Estado de Minas Gerais e do Brasil e a precariedade de informações de custos do setor de saúde pública faz com que a experiência dos Observatórios de Custos em Saúde represente ação estratégica inovadora na busca pela qualidade da assistência dos serviços prestados.

Conclui-se que a gênese do Observatório de Custos em Saúde e o trabalho interinstitucional dele advindo trazem ganhos para o sistema de saúde como um todo, uma vez que possibilitará, ainda, a geração de um banco de conhecimento representativo no âmbito do setor, fundamental para o processo de racionalização e ganho de qualidade no emprego destes recursos. Ressalva-se que, pela ótica de atuação do Observatório de Custos em Saúde, a pergunta “quanto custa?” não é a mais adequada, e não pode ser respondida sem uma grande quantidade de informações adicionais. Outras informações como: “deve-se aumentar ou não a produção? Quando? Em que período de tempo? Como gerenciar a capacidade ociosa? Que efeitos as alterações têm sobre outros serviços?”, entre outras, devem ser buscadas como meio de orientar a tomada de decisão na FHEMIG. Assim, o Observatório de Custos considera as meta-informações de custos como um amplo sistema de informação de gestão, não centrado apenas na dimensão financeira, mas incluindo também informações não-financeiras, com uma série de variáveis contingenciais relevantes, tais como hostilidade ambiental, a missão da organização, sua estratégia e tipo de serviço.

Referências

- GILLILAND-SWETLAND, Anne J. 2000. Introduction To Metadata: Setting The Stage. http://www.getty.edu/research/conducting_research/standards/intrometadata/pdf/swetland.pdf.
 TAYLOR, Chris. 2003. An Introduction To Metadata. <http://www.library.uq.edu.au/iad/ctmeta4.html>.
 MIRANDA FILHO, Carlos R. de. Sistemas de custos na administração pública: uma análise das proposições teóricas atuais à luz da realidade institucional – o caso da secretaria da fazenda do estado da Bahia. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2003.

EMMANUEL, Clive R; OTLEY, David T; MERCHANT, Kenneth A. Accounting for management control. 2nd. ed. London: 1990. 517p. ISBN 0412374803 : (broch.) Número de Chamada: 658.15 E54a 2.ed (FACE)

MARINHO, Alexandre; FAÇANHA Luís Otávio. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Ipea Rio de Janeiro, abril de 2001

DRUMMOND, M. F. et al. Methods for the health economic evaluation of health care programmes. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde – Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1)

Qualidade e Segurança

P_196_2011 - Implantação X Redução: Impacto nos custos através da centralização dos materiais de curativos

Elaine Aparecida Melo

Resumo: O tratamento de feridas é um processo dinâmico, que requer constante atualização por parte dos profissionais de saúde. Sabe-se que uma atenção deficiente no cuidado a pacientes portadores de feridas pode triplicar os gastos com a internação hospitalar. Pensando nesta problemática a equipe da Comissão de Curativos adotou uma nova estratégia de centralizar as coberturas de curativos padronizadas na instituição em um “Carrinho de Curativos”. Todo material de curativo fica disposto de forma organizada, e sua dispensação é controlada por uma planilha. Houve redução de custos, oferecendo um tratamento resolutivo, diminuindo o tempo de internação dos pacientes portadores de lesões.

Palavras Chaves: Feridas, curativos, tratamento, centralização, custos.

I – Introdução

O tratamento de feridas é um processo dinâmico, que requer constante atualização por parte dos profissionais de saúde, visto que envolve inúmeros componentes e ações, que não se restringem à simples troca de curativos ou indicação de coberturas.

A realização de curativos de forma adequada é uma parte importante do tratamento de feridas, tanto para a prevenção de complicações, como para a sua resolutividade, devendo ser parte integrante do cuidado integral à saúde das pessoas.

Sabe-se que uma atenção deficiente no cuidado a pacientes portadores de feridas pode triplicar os gastos com a internação hospitalar. O uso de novas tecnologias para acelerar o processo cicatricial muitas vezes pode parecer inacessível pelo valor, avaliando o custo-benefício com a utilização desses produtos, veremos a economia, pela redução do tempo de internação.

É compreensível que o uso não pode ser indiscriminado, pois são tratamentos com alto custo, que precisam de critérios para ser utilizados. Para isso uma equipe especializada é ideal para indicar o produto a ser utilizado.

Pensando nesta problemática a equipe da Comissão de Curativos adotou uma nova estratégia de centralizar todas as coberturas de curativos padronizadas na instituição em um “Carrinho de Curativos”, assim a Comissão de Curativos passou a avaliar, estudar e planejar os cuidados e a prevenção de feridas, prescrevendo e direcionando a equipe de enfermagem, além de controlar a quantidade de material necessário, para que todo o processo de cuidados de uma lesão seja bem fundamentado.

II – Objetivo

Controlar a dispensação dos materiais de curativos, tendo como objetivo principal a economicidade, um tratamento contínuo e eficaz de pacientes portadores de lesões.

III – Metodologia

Trata-se de um método experimental e qualitativo, implantado em uma instituição hospitalar, pela Comissão de Curativos. Com uma análise dos dados estatísticos, comprovando a eficácia e economicidade.

IV – Desenvolvimento

O projeto de “Centralização de materiais de curativos” foi implantado em Abril de 2010, pela Comissão de Curativos, onde todos os materiais de curativos que eram distribuídos nos setores, centralizado em um carrinho de curativos, locado no setor de Clínica Médica. Nesse carrinho todo material de curativo ficou disposto de forma organizada, introduzido novas tendências, e tudo passou a ser dispensado é controlado por uma planilha.



Nesta planilha contem dados que possibilitou a elaboração de uma estatística mensal de todo material utilizado na instituição, como: nome do paciente, setor, material utilizado, tipo de lesão e local, quantidade fornecida, tempo para reavaliação, e o nome do profissional que avaliou a lesão.

A avaliação de feridas é realizada por enfermeiros membros da comissão de curativos e solicitado ao enfermeiro da Clínica médica o fornecimento em todos os períodos.

Todos os enfermeiros da comissão participaram de um curso de curativo com duração de vinte horas.

Os materiais são armazenados em caixas acrílicas identificadas, com 10 unidades de cada material em cada caixa. A solicitação dos materiais é realizada em receituário com a etiqueta de identificação do paciente, com o carimbo do enfermeiro da comissão.



A reposição dos materiais é feita semanalmente pela presidente da comissão de curativos, e responsável pelo controle dos materiais de curativos da instituição.

Como resultado da centralização destes materiais, em outubro tivemos uma redução no consumo de curativos em média de 72,38%, comparado aos dados de janeiro (Tabela 1).

Tabela 1 – Média de consumo de materiais de curativos utilizados.

MATERIAL	JAN/MAR	ABR/JUN	%	JUL/OUT	%	NOV/DEZ	%
ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL ÓLEO 100ML	*475	317	33,3%	222	53,27%	212	55,37
ÁCIDO GRAXO ESSENCIAL CREME	*382	272	28,8%	200	47,65%	198	48,17
CURATIVO ALGINATO CALCIO SODIO 7,5 X 12 CM	*124	34	72,59%	22	82,26%	20	83,88
CURATIVO ALGINATO DE CALCIO E SODIO 10 X 20 CM	*59	24	59,33%	10	83,06%	10	83,06%
CURATIVO CARVAO ATIVADO E PRATA 10 CM X 10 CM	*97	52	46,4%	25	74,23%	20	79,39
CURATIVO HIDROGEL 25 GR	*186	82	55,92%	58	68,14%	50	73,12
CURATIVO TEGADERM IV REF 1633 3M MED 7 X 8,5 CM	*612	282	53,93%	100	83,67%	100	83,67%

*Dados fornecidos pelo setor de suprimentos

Os ácidos graxos essenciais foram distribuídos nos setores de internação, em quantidade estabelecida, de acordo com o perfil de cada setor, como estoque fixo, e a reposição é realizada pela farmácia diariamente.

Para que pudéssemos alcançar este resultado foi necessária a realização de orientação em loco com todos os colaboradores, sobre o uso correto dos materiais, e explicar o objetivo da centralização dos materiais.

V – Custos

Não houve gastos adicionais com a implantação do projeto, visto que foi utilizado um carrinho de emergência que estava disponível, e os demais materiais já existiam na instituição.

VI – Conclusão

Concluimos que todo o tratamento de feridas tem que ser bem fundamentado, e que os materiais não precisam ser utilizados de forma indiscriminada.

Esta iniciativa reduziu custos e ao mesmo tempo ofereceu um tratamento resolutivo aos pacientes portadores de lesões, diminuindo o seu tempo de internação.

A conscientização de toda a equipe responsável pelo tratamento a estes pacientes, referente ao uso correto dos materiais, foi imprescindível para que chegássemos a este resultado.

Referências Bibliográficas

Pereira AL, Bachion MM. Tratamento de feridas: análise da produção científica publicada na Revista Brasileira de Enfermagem de 1970-2003. Rev Bras Enferm 2005; mar-abr; 58(2):208-13.

Acreditação

P_197_2011 - Concomitância de Diferentes Modelos de Acreditação numa Mesma Instituição

Marcia Maiumi Fukujima, Mario Hideo Kono, Luis Fernando Paes Leme, Vanessa Ceravolo Gurgel Silva, Clodualdo José Nascimento Pessa, Suely Freire

Resumo: Acreditação - coexistência de diferentes modelos numa instituição. Métodos de acreditação nacionais e internacional e políticas de humanização trazem conceitos, diretrizes e eixos norteadores diversos entre si, porém a coexistência pode ser possível. Neste estudo é apresentado o método de implantação de diferentes modelos de certificação da qualidade e políticas de humanização em um hospital público de gestão tipo Organização Social de Saúde que já obteve acreditação pela Organização Nacional de Acreditação e acreditação internacional no modelo Accreditation Canada.

INTRODUÇÃO

A acreditação é a certificação, por entidade reconhecida, das instalações, capacitação, objetividade, competência e integridade de uma agência, serviço ou grupo operacional para fornecer serviços específicos. Ela difere da certificação ISO 9000 porque vai além do reconhecimento do sistema de qualidade da organização. A acreditação avalia a capacitação e a competência, tanto dos profissionais como o da própria entidade, de acordo com as normas aplicadas por igual a todas as entidades da mesma categoria.

Em 1989 aconteceu a Primeira Conferência Latino-Americana sobre Acreditação Hospitalar, onde a Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde concluíram que nenhum país da América Latina utilizava a acreditação como ferramenta de melhoria da qualidade dos hospitais.

Qualidade nos hospitais foi tema para diversas iniciativas no Brasil. Destacaram-se na década de 1990 quatro estados: São Paulo com o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar conduzido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do estado; no Rio de Janeiro a Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro fizeram um esforço conjunto; no Rio Grande do Sul o setor privado, e no Paraná a Secretaria da Saúde do Estado estabeleceram programas de acreditação hospitalar.

Em 1998 o Ministério da Saúde aprovou a proposta de criação de uma comissão nacional para acreditação de hospitais que desenvolva normas técnicas e procedimentos que definem padrões. Cria-se a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade não governamental, que teve colaboração e apoio de sociedades médicas, associações de classe e instituições públicas e privadas, além do apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde.

A estratégia de acreditação da ONA se dá em 3 fases ou níveis consecutivos: nível 1 - foco em aspectos estruturais, padrões mínimos de conformidade exigidos por regulamentação ou legislação vigente - sua obtenção caracteriza a "acreditação" e é válido por 2 anos; nível 2 - foco em processos - sua obtenção caracteriza "acreditação plena" e é válida por 2 anos; nível 3 - foco nos resultados - sua obtenção caracteriza "acreditação com excelência" e é válida por 3 anos. Cada nível só pode ser obtido se o serviço evidenciar conformidade em todas as unidades do hospital, não há acreditação parcial de um hospital pela ONA.

Além da ONA, existem outros sistemas de acreditação e certificação da qualidade no Brasil não filiados ao governo. Quadro 1.

Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH) da Associação Paulista de Medicina (APM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) desde 1991 oferece o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS).

Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) no Rio de Janeiro é representante da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) no Brasil desde 1998.

Instituto Qualisa de Gestão (IQG) é representante da Accreditation Canada International desde 2007 no Brasil.

O processo de acreditação no Brasil é voluntário.

Quadro 1 – Comparativo entre os modelos

	ONA	PNGS	JCAHO	CCHSA
Ano de fundação	1998	1991	1951	1951 diferencia-se em 1958
Atua no Brasil	Desde 1998	Desde 1991	Desde 1999	Desde 2007
Foco principal	Estrutura, processos e resultados	Gestão e resultados	Funções, processos e resultados, segurança do paciente	Trabalho em times - segurança do paciente
Base dos padrões	OPAS, OMS e JCAHO	FNQ e MBNQA	JCAHO	CCHSA
Missão	Contribuir para o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde, através do desenvolvimento e evolução de um sistema de acreditação.	A missão do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.	Melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados de saúde na comunidade internacional através do fornecimento de serviços de educação e consultoria e acreditação e certificação internacional.	Levar qualidade aos serviços de saúde através da acreditação
Origem	Ministério da Saúde	Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo	American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, the American Medical Association, e Canadian Medical Association.	American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, the American Medical Association, e Canadian Medical Association.
País sede	Brasil	Brasil	Estados Unidos da América	Canadá
Tipo de sistema de saúde do país sede	Público e privado	Público e privado	Predominantemente privado	Predominantemente público
Acreditada pela International Society for Quality in Health Care (ISQua)	Não	Não	Desde 2007	Desde 1995
Representação internacional em 2010	Não	Não	Em 80 países a partir de 1995	Em 9 países a partir de 2000
Número de hospitais acreditados em 2010 no Brasil	49 acreditados; 46 acreditados pleno e 53 com excelência (total 148)	16	23	10

ONA= Organização Nacional de Acreditação; PNGS= Prêmio Nacional de Gestão em Saúde; JCAHO= Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization; AC= Accreditation Canada; OPAS= Organização Pan-Americana de Saúde; OMS=Organização Mundial de Saúde; FNQ= Fundação Nacional da Qualidade; MBNQA= Malcolm Baldrige National Quality Award; CCHSA= Canadian Council on Health Services Accreditation.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever a implantação de diferentes métodos de acreditação hospitalar e políticas de humanização numa mesma instituição, de maneira cronológica, traçando aspectos comuns nos métodos.

JUSTIFICATIVA: segurança do paciente e qualidade nos processos tem sido temas importantes no cenário internacional e mais recentemente também no nacional. A compreensão e análise de cada método de trabalho é importante para a implantação. Como a instituição já recebeu as creditações nacional e internacional e segue as políticas de humanização, descreve neste trabalho como as ações foram organizadas.

MÉTODO

Descrição da implantação de modelos diferentes de gestão, acreditação hospitalar e políticas de humanização com análise crítica em uma instituição hospitalar pública, com modelo de gestão Organização Social de Saúde (OSS). O hospital é geral e tem 266 leitos.

RESULTADOS

O hospital teve início das atividades em outubro de 2000 e desde o início foi adotado o Modelo de Excelência em Gestão como diretriz do planejamento.

A partir de 2001, quando a instituição se preparava para o nível 1 da acreditação pela ONA, teve critérios de segurança revistos em toda estrutura. Foi feito planejamento estratégico com definição clara dos princípios norteadores da instituição. Houve grande movimento para garantir a estrutura física segura obedecendo às normas técnicas vigentes. Segurança das informações também foi revista e melhorada. Os indicadores passaram a ser sistematicamente discutidos e acompanhados pela comissão da qualidade. Houve investimento para adequação da estrutura física. Obteve certificação em nível 1 da ONA em 2003. Em 2004 toda documentação dos manuais dos processos foi desenvolvida, houve um refinamento dos indicadores e acompanhamento com uso de ferramentas da qualidade que garantissem a melhoria contínua. Foram feitos os planos de negócios entre os processos que passaram a ser gerenciados através das não conformidade, que eram discutidas por todos os diretores, componentes da Comissão da Qualidade. Obteve certificação em nível 2 da ONA em 2004.

Paralelamente, em 2004 o Ministério da Saúde disponibiliza a primeira edição da Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde. Iniciou-se planejamento para implantação dos dispositivos da PNH.

No decorrer de 2005 foram aperfeiçoados os planos de negócios, refinados os indicadores, apresentados resultados com análise e propostas de melhorias. Em 2006 culminou com a obtenção da acreditação no método ONA com acreditação de excelência, nível máximo neste método, tendo sido uma das 3 primeiras instituições públicas acreditadas com excelência no Brasil. Em 2008 obteve a revalidação da acreditação de excelência.

A instituição continuou trabalhando na divulgação do método de gestão entre as gerências, fazendo com que gerentes e coordenadores se capacitassem.

Foi nítida a necessidade de novos desafios em qualidade. Em 2008 a instituição passa a ser integrante do recém-chegado método canadense de acreditação, com a visão de ser hospital público pioneiro no método. Naquele momento ainda não havia nenhuma referência no Brasil.

O método canadense foi estudado por muitos colaboradores da instituição, principalmente pela alta administração e gerentes de qualidade e risco para implantação do método em 2 anos. Foram formados os times de trabalho e implantadas as práticas de segurança do paciente. O método prevê também auto-avaliações e visitas de acompanhamento pela certificadora que passa a ter papel de orientação com alinhamento de conceitos e não mais de simples auditor externo.

Em 2010 obteve a recertificação do nível 3 da ONA, não deixando de se adequar aos critérios daquele método.

Em dezembro de 2010 obteve a certificação internacional, tornando-se a primeira instituição pública brasileira com acreditação internacional no método canadense.

No quadro 1 é feita uma análise dos diferentes métodos e suas semelhanças de conceitos e princípios.

Quadro 1- Paralelos entre alguns princípios e critérios da Política Nacional de Humanização, Prêmio Nacional de Gestão em Saúde, Organização Nacional da Qualidade e Acreditação Canadense observados na prática

Princípios da Política nacional de humanização (PNH) – eixo norteador: humanização	Crítérios do Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS) - eixo norteador: gestão	Crítérios da Organização Nacional da Qualidade (ONA) - eixo norteador: gestão por processos	Princípios da acreditação internacional – modelo CCAP - eixo norteador: segurança do paciente
Valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)	Conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e, conseqüentemente, gerando maior competitividade nos mercados.	Atendimento ao cliente. Plano de metas, indicadores de desempenho, taxas e informações para a tomada de decisão, bem como sua abrangência para toda a Instituição e comunidade.	Foco na população – trabalha com a comunidade para antecipar e suprir as necessidades.
Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos	Desenvolvimento de atividades em conjunto com outras organizações, a partir da plena utilização das competências essenciais de cada uma, objetivando benefícios para ambas as partes.	Atendimento ao cliente. Referência e contra-referência.	Acessibilidade – promove serviço oportuno e equitativo; garante a continuidade do tratamento.
Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.	Estabelecimento de relações com as pessoas, criando condições para que elas se realizem profissionalmente e humanamente, maximizando seu desempenho por meio do comprometimento, desenvolvimento de competências e espaço para empreender.	Corpo funcional, habilitado e/ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço. Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento contínuo, voltado para a melhoria dos processos.	Trabalho – suporta melhoria no ambiente de trabalho
Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade	Atuação de forma aberta, democrática, inspiradora e motivadora das pessoas, visando ao desenvolvimento da cultura da excelência, à promoção de relações de qualidade e à proteção dos interesses das partes interessadas.	Recursos humanos.	Serviços centrados no cliente – coloca pacientes e familiares em primeiro plano; integra os vários níveis hierárquicos com o trabalho em time
Sem princípios equivalentes.	Abordagem por processos, foco em resultados. Alcance de resultados consistentes, assegurando a perenidade da organização pelo aumento de valor tangível e intangível de forma sustentada para todas as partes interessadas.	Gerencia as interações entre os fornecedores e clientes; estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade; promove ações de melhoria e aprendizado	Efetividade (faz a coisa certa para atingir melhores resultados); Eficiência (melhor uso dos recursos) e Segurança (mantém pessoas seguras).
Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.	Responsabilidade social - relação ética e transparente, desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para gerações futuras; respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais.	Serviços e/ou centro de referência em especialidades, para os quais devem ser transferidos ou referidos os casos em que a organização não tenha capacidade resolutive.	Serviços centrados no cliente – coloca pacientes e familiares em primeiro plano; Continuidade dos serviços – coordena serviços

CONCLUSÃO

A base do processo de qualidade da instituição foi construída com um Modelo de Excelência em Gestão que permitiu a organização de processos e posteriormente a integração dos processos com metas assistenciais.

Apesar da PNH tratar de humanização coletivamente, e ser uma política, verificamos que muitos conceitos coincidem com boas práticas da assistência e modelo de gestão pela qualidade.

As práticas adequam-se aos métodos e todos têm o paciente no centro da atenção ou permite que seja colocado nesta posição. Os métodos de gestão e acreditação não são contraditórios possibilitando adoção simultânea. As diretrizes, princípios e critérios se complementam e quando implantadas na totalidade, as ações somam valor à instituição. No contexto histórico de globalização de informações e tecnologias o foco não pode se perder do paciente e sociedade.

Referências

- Manual de Acreditação Internacional – Programa de Acreditação Canadense, CCAP. IQG & CCHSA Internacional, 2008.
 Critérios de avaliação – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS) ciclo 2004-2005.
 Rumo à excelência e compromisso com a excelência. Fundação Nacional da Qualidade 2007.
 Molla S. Donaldson. Measuring the Quality of Health Care. National Academy Press, Washington, DC 1999, 42p.
 Accreditation Canada. <http://www.accreditation.ca>, May 12th 2009.
 HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização – Documento base para Gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed, Brasília, 2008.
<http://www.jointcommission.org>
 Organização Nacional de Acreditação. Histórico. <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>

Qualidade e Segurança

P_199_2011 - Processo de segurança do paciente - Comunicação entre equipes

Leny Cavalheiro, Roselaine Oliveira, Carla Paixão Nunes, Thais Galoppini Felix Borro, Fernanda Paulino Fernandes, Paola Bruhno de Araujo Andreoli

Resumo: A melhoria da comunicação entre equipes deve se observada na estruturação de um modelo de assistência, cuja conformação e adequação se fará por meio da concepção de Segurança Assistencial. O trabalho objetiva avaliar a comunicação entre pares de profissionais Enfermeiro, Fisioterapeuta e Nutricionista e a elaboração de um índice de comunicação. O índice de comunicação geral foi de 88,7, o de concordância entre Fisioterapeuta e Enfermeiro de 87,3 e entre Nutricionista e Enfermeiro foi de 89,4. A comunicação entre os profissionais pode ser mensurada auxiliando a definição de ações voltadas para melhoria da comunicação garantindo a segurança do paciente.

Palavras-chave: comunicação interdisciplinar, equipe multidisciplinar, relacionamento entre profissionais.

Introdução

A comunicação entre as equipes, entre os plantões e o conhecimento sobre o caso de cada paciente são o principal impacto para a continuidade da assistência e agilidade nos processos de organização da mesma. A diversidade e quantidade de profissionais que podem acessar o paciente, além das mudanças de unidades, decorrentes do próprio tratamento, aumentam a possibilidade de falha na comunicação de aspectos importantes e de risco, para os pacientes. O elo entre as informações geradas por todos os profissionais que assistem o paciente frequentemente está fragmentado.

Os principais pontos são a diversidade de disciplinas atuando nas unidades assistenciais; a rotatividade destes profissionais de uma mesma disciplina na assistência de um paciente (passagem de plantão); Passagens pouco estruturadas das informações entre as unidades assistenciais e informações críticas sobre a assistência não registradas em prontuário.

Estima-se que 11% das ocorrências adversas evitáveis em hospitais sejam decorrentes de problemas de comunicação.

Estudos desenvolvidos na Austrália e Inglaterra demonstraram que ações que estabeleçam uma forma de comunicação clara, precisa, objetiva e pessoal, além de um redesenho do processo (diminuindo os passos, simplificando processos), contribuem favoravelmente para a comunicação de aspectos importantes para a garantia de segurança na assistência ao paciente.

Justificativa

A melhoria da comunicação entre equipes, entre plantões e entre unidades assistenciais deve se observada na estruturação de um modelo de assistência, cuja conformação e adequação se fará por meio da concepção de Segurança Assistencial. Desta forma, é necessário que o enfermeiro possa auxiliar na articulação do trabalho da equipe, mantendo diálogo e integração entre os cuidados assistenciais prescritos aos pacientes, pelos membros da equipe multiprofissional.

A integração da equipe demanda, simultaneamente, a preservação das diferenças técnicas e a flexibilização das fronteiras entre as áreas profissionais. Essa integração deve se estimulada por meio de discussões de caso (formais ou rotineiras) e da garantia de uma boa comunicação escrita entre os membros que compõem as equipes, uniformizando a linguagem e reduzindo o uso de abreviaturas e padronizando siglas.

O envolvimento de todos os profissionais da equipe, em discussões de caso e a prescrição de cuidados realizados por profissionais alocados à beira-do-leito, demonstra fortes evidências de redução de incidentes, relacionados à falhas de comunicação.

Objetivos

Avaliar a comunicação geral e entre pares de profissionais formatando um índice de comunicação entre eles sendo as duplas Enfermeiro x Fisioterapeuta e Enfermeiro x Nutricionista.

Métodos

O índice de comunicação foi avaliado entre uma dupla de profissionais formada por Enfermeiro x Fisioterapeuta, Enfermeiro x Nutricionista e também como um índice geral entre os três.

A informação checada refere-se a atuação do profissional junto ao paciente pertinente a cada disciplina.

As informações foram coletadas por meio de entrevista com os profissionais.

O primeiro passo da entrevista era o preenchimento de um formulário padrão ouro das informações relatadas entre a dupla de profissionais.

O examinador checava o que o enfermeiro recebeu de informação do Fisioterapeuta e também checava o que o fisioterapeuta recebeu de informações do enfermeiro. O mesmo ocorreu com a dupla Nutrição e enfermeiro. Também foi avaliada a concordância das respostas entre eles.

A metodologia estatística de distribuição destas medidas para analisar a concordância entre as duplas de profissionais segue no quadro abaixo. (quadro 1)

Índice Comunicação entre uma dupla de profissionais
(Fisioterapeuta x Enfermeiro ou Nutricionista x Enfermeiro)

Profissional 1 confirma informações relatadas pelo Profissional 2	Profissional 2 confirma informações relatadas pelo Profissional 1	Codificando: Não = 0; Parcialmente = 1 e Sim = 2 e somando as duas respostas		Dividindo por 4
Não	Não	0	+ 0 = 0	0%
Não	Parcialmente	0	+ 1 = 1	25%
Parcialmente	Não	1	+ 0 = 1	
Parcialmente	Parcialmente	1	+ 1 = 2	50%
Não	Sim	0	+ 2 = 2	
Sim	Não	2	+ 0 = 2	75%
Parcialmente	Sim	1	+ 2 = 3	
Sim	Parcialmente	2	+ 1 = 3	100%
Sim	Sim	2	+ 2 = 4	

Valor máximo *

2010 SD&W

Resultados

Foram entrevistados 175 profissionais de Enfermagem, 175 profissionais de Nutrição e 120 profissionais de Fisioterapia. O índice de comunicação obteve o resultado geral e entre as duplas de acordo com o quadro abaixo: (Quadro 2)

Quadro 2:

Média do índice da comunicação segundo unidade de gestão			
	Fisio/Enf	Nutri/Enf	Geral
Geral	89,4	88,5	88,7

O índice de concordância entre as respostas, significando as respostas iguais foi de 87,3% entre Fisioterapeuta e Enfermeiro demonstrando que houve concordância entre as informações (melhor comunicação).

O índice de concordância entre as respostas, significando as respostas iguais foi de 89,4% entre Nutricionistas e Enfermeiro demonstrando que houve concordância entre as informações (melhor comunicação).

Conclusões

A comunicação entre os profissionais da assistência pode ser mensurada auxiliando a definição de ações voltadas para melhoria da comunicação para garantir a segurança do paciente pela continuidade das informações.

Referências

1. Anna Marguerita Toldi Bo k. Enfermagem baseada em Evidências. Ed. Guanabara koogan. 2005.
2. Clinical handover and patient safety literature review report. Australina Council for Safety and Quality in Health Care, março 2005. Link: www.safetyandquality.org.
3. Don Nutbeam . Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into t e 21st century, Health Promotion International, Vol. 15, No. 3, 259-267, September 2000.
4. Health literacy: a prescription to end confusion. Institute of Medicine, abril 2004. Link: <http://www.iom.edu>.
5. Root causes of sentinel events, all categories. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2006. Link: www.jointcommission.org.
6. 2006 National Patient Safety Goal FAQs. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2006. Link: www.jointcommission.org.

Qualidade e Segurança

P_200_2011 - "Preparo e administração de medicação a beira leito – uma prática de cuidado segura"

Elaine Aparecida Melo

Resumo: O preparo e administração de medicamentos são atividades cotidianas de responsabilidade legal da equipe de enfermagem em todas as instituições de saúde no Brasil. Tal condição determina que essa prática seja exercida com segurança aos pacientes e que, portanto, os erros devem ser prevenidos e evitados. A finalidade da implantação foi reduzir danos e riscos na administração de medicamentos, oferecendo segurança ao paciente, e ao profissional de enfermagem. Outro fator importante para a implantação deste projeto foi à taxa de infecção hospitalar, associada à assistência à saúde, pois, afetam sua qualidade e segurança dos pacientes, acrescentando custos desnecessários à ela.

Palavras Chaves: medicação, segurança, enfermagem, infecção.

I – Introdução

A segurança é um princípio fundamental do cuidado do paciente e um componente crítico do gerenciamento da qualidade.

O preparo e a administração de medicamentos são atividades cotidianas e de responsabilidade legal da equipe de enfermagem em todas as instituições de saúde no Brasil. É necessário que o profissional que administra medicamentos esteja consciente e seguro de sua ação e possua conhecimentos e acesso às informações que necessita para desempenhar esta função, uma vez que a incerteza e a insegurança são fatores de risco à ocorrência de erros no processo de administração de medicamentos.

Tal condição determina que essa prática seja exercida de modo adequado e seguro aos pacientes e que, portanto, os erros devem ser prevenidos e evitados.

O preparo das medicações compromete tanto a segurança do paciente quanto do profissional. Além disso, é necessário intensificar o processo de supervisão, treinamento e melhoria contínua do cuidado durante o preparo de medicação.

Uma nova estratégia idealizada pela gerente de enfermagem foi desenvolvida e implantada no setor de Clínica Médica, com o apoio da Supervisora de Enfermagem. O carrinho de medicação foi implantado, como um projeto piloto, com a finalidade de reduzir danos e riscos na administração de medicamentos, oferecendo segurança tanto para o paciente, quanto para o profissional de enfermagem, com a prática de cuidados seguros.

II - Objetivo

Oferecer uma prática de cuidados seguros ao paciente com o "Preparo e administração de medicação a beira leito".

Objetivos específicos

Reduzir as taxas de infecção hospitalar;

Otimizar o tempo da enfermagem;

Favorecer a comunicação da equipe de enfermagem com o paciente/familiar.

III - Metodologia

Trata-se de um método experimental e qualitativo, implantado na Clínica Médica, no período de março/outubro 2010.

O carrinho de medicação foi implantado, como um projeto piloto, onde atendia inicialmente 8 leitos, com compartimentos identificados com horários das 24 horas da prescrição médica, e materiais necessários para atender desde o preparo até a administração dos medicamentos. Todo o procedimento é realizado na beira do leito do paciente, garantindo a comunicação da equipe com o paciente, tornando possível uma visualização do processo desde o preparo até a administração, respeitando as normas de biossegurança e da RDC nº 67: lavagem das mãos e uso de epis (máscara cirúrgica, luva de procedimento e óculos de proteção).

IV - Desenvolvimento

A terapêutica medicamentosa é exercida em ambientes cada vez mais especializados e dinâmicos, muitas vezes sob condições que contribuem para ocorrência de erros.

O conhecimento do conceito de erro de medicação, pela equipe que realiza terapia medicamentosa, contribui para detecção, elaboração e implementação de medidas preventivas.

A parte experimental do projeto iniciou com um grupo pequeno de dois auxiliares de enfermagem, onde os enfermeiros e supervisão de enfermagem acompanharam todo o processo desde a montagem do carrinho, preparo e administração dos medicamentos.

Hoje, o setor já dispõe de cinco carrinhos de medicação que atendem os trinta e três leitos, e cada dupla de auxiliares de enfermagem ficam responsáveis pela higienização e organização, ao término do plantão.

Os auxiliares de enfermagem foram treinados e acompanhados por um período de quinze dias, observados técnicas e conferência dos nove certos preconizado pelo COREN-SP, aumentando a comunicação e vínculo entre o auxiliar de enfermagem e paciente/familiares.

Orientações para o preparo/administração de medicação beira leito:

Lavagem das mãos, antes e após o procedimento;

Uso de equipamentos de proteção (máscara cirúrgica descartável, óculos de proteção individual e luva de procedimento), conforme RDC nº 67;

Conferência dos passos certos de preparo de medicamento;

Técnica asséptica desde o preparo até a administração do medicamento;

Comunicação do auxiliar com paciente/familiar;

Descarte correto dos perfuro cortantes (coletor de perfuro cortantes do carrinho de medicação).

Os dados avaliados mostraram que o ato de medicar pode ser considerado um conjunto de processos relacionados e interligados visando o uso de medicamentos de forma segura, efetiva, apropriada e eficiente.



Figura 1 – Organização dos carrinhos no posto de enfermagem

No método de avaliação, 94% dos auxiliares de enfermagem aprovaram a implantação do carrinho de medicação, justificando que os pacientes confiam mais no profissional, pelo contato durante toda a assistência na terapia medicamentosa, como também: a disposição dos materiais nos carrinhos, a organização do tempo de enfermagem e melhora da concentração durante todo o processo.

Outro fator importante para a implantação deste projeto, foi a taxa de infecção hospitalar, associada a assistência à saúde, pois, afeta a sua qualidade e a segurança dos pacientes e acrescentam custos desnecessários a ela.

No período de junho à setembro de 2010, foram analisadas as taxas de infecção por corrente sanguínea, onde em abril a taxa era de 10,8 IH, e em setembro houve uma redução de 50%, com uma taxa de 5,4 IH.

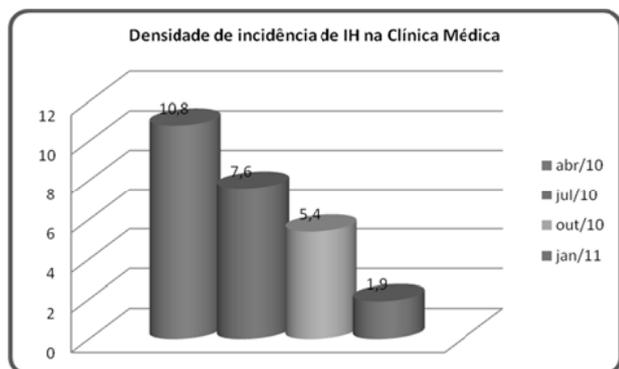


Gráfico 1- Redução de IH com a implantação do carrinho de medicação



Figura 2 – Auxiliar de enfermagem preparando medicação a beira leito

Durante o processo de implantação do projeto, houve o acompanhamento e avaliação criteriosa dos gestores da farmácia, controle de infecção hospitalar, gerência e coordenação de enfermagem, assim a dinâmica de funcionamento dos carrinhos pôde ser visualizada e aprovada, visto que, diminuiu os riscos de erros na administração de medicamentos, reduziu os riscos de infecções e o paciente demonstrou segurança no profissional, onde o mesmo busca receber práticas de cuidado seguras para a melhoria de sua condição clínica.

V – Custos

Os gastos para implantação do projeto foi de R\$ 750,00, pois os carrinhos de medicação estavam disponíveis na instituição. A estimativa de custeio para manutenção do projeto é de R\$ 200,00 anuais.

VI - Conclusão

A implantação do preparo e administração de medicação a beira leito trouxe vários benefícios tanto para o paciente quanto para o funcionário, atingindo resultados positivos nos índices de infecção hospitalar e segurança do paciente.

É importante ressaltar que toda mudança é em benefício do paciente, e temos o intuito de conscientizar os profissionais de enfermagem com relação ao seu papel de fundamental importância para a sociedade.

Referências Bibliográficas

-SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004.

-CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: aquisição de conhecimentos e habilidades requeridas por um grupo de enfermeiros. Rev. Latino americano de enf. Ribeirão Preto 2004; maio/junho; V. 12, n. 03.

Indicadores Assistenciais

P_201_2011 - Educando o Paciente Portador de Doença Falciforme no Manejo da Dor Através do Autocuidado

Disleine Xavier Serra, Ana Maria Mach

Resumo: A doença falciforme apresenta uma grande variabilidade clínica, interferindo na qualidade de vida das pessoas portadoras. As crises álgicas são as causas mais frequentes do aumento da demanda dos serviços de saúde. Para que esse sofrimento e as conseqüências dessa vivência sejam amenizados, é necessário que se compreenda o significado de sua doença e as complicações clínicas, portanto investir no desenvolvimento da educação em saúde, visando uma melhor aderência ao tratamento é uma das metas do estudo proposto. O enfermeiro como educador exerce um papel fundamental neste processo, promovendo a prática do autocuidado na dor.

Palavras-chaves: doença falciforme, autocuidado, adesão, dor, educação.

Introdução: A Doença Falciforme é uma das doenças hereditárias monogênicas mais comuns no Brasil, sendo considerada um problema de Saúde Pública. Caracteriza-se pela presença predominante de hemoglobina S, que tem a propriedade de formar polímeros quando desoxigenada. O indivíduo pode ser homocigoto (SS) ou heterocigoto (AS) para a presença de hemoglobina S. O termo anemia falciforme é reservado para a forma de doença que ocorre no homocigoto (SS). A dor no paciente falciforme pode ser um sintoma agudo ou crônico. No quadro agudo, a dor está associada a isquemia tecidual aguda causada pela vaso oclusão. O controle rápido da dor é essencial para interromper o processo vaso oclusivo. A escolha do analgésico a ser utilizado depende da intensidade da dor. No quadro crônico é mais complexo, porque na maioria das situações não há uma causa única, sempre associada com outro sintoma.

Cronicidade e a evolução para crises dolorosas aumentam a necessidade de internação dos pacientes no setor de emergência. Com a constatação de que a maioria dos pacientes atendidos na emergência em crise álgica não realizam o protocolo da dor domiciliar adequadamente, implementamos medidas de educação para a realização correta do protocolo, bem como para o autocuidado com relação a prevenção da crise álgica.

Justificativa: O não conhecimento da doença leva à dúvida, insatisfação e não adesão ao tratamento, consequentemente a pessoa com doença falciforme não comparece regularmente ao Ambulatório. Desta forma, este estudo teve origem pela observação do comportamento deste grupo de pacientes. A não adesão acarreta conseqüências negativas ao processo de cuidado.

Para OREM (1980), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem estar. Tem como propósito, as ações, que, seguindo um modelo, contribuem de maneira específica, para a integridade, as funções e no desenvolvimento humano. O modelo de Orem é baseado no fato de que todos os indivíduos desejam cuidar de si próprios. Quando alguém é incapaz de cumprir seus requisitos de autocuidado, um déficit ocorre. O trabalho do enfermeiro é de determinar esse déficit, e definir as modalidades de suporte necessários a cada indivíduos.

Objetivo: Educar a pessoa com doença falciforme para o autocuidado no manejo da dor.

Metodologia:

Este estudo observacional foi realizado com 55 pacientes matriculados no Hemório portadores de doença falciforme em acompanhamento regular no ambulatório da dor, sexo e idade foram variáveis independentes. Os pacientes foram encaminhados para consulta específica pelo médico do Grupo da Dor, de alterações dos parâmetros clínicos, laboratoriais (VGM baixo), déficit cognitivo (dificuldade de entendimento da prescrição médica) e analfabetismo funcional.

Após consulta médica, ao ambulatório de enfermagem da Dor, a partir do déficit identificados foram traçadas orientações educacionais a partir de um roteiro de consulta de enfermagem pré-estabelecido. Foram utilizadas ferramentas institucionais já validadas corretamente (Manual da Doença Falciforme, Manual de Aderência ao Tratamento, Folder explicativo e elucidação da Escala Analógica da Dor). Todos os instrumentos utilizados são explicados com foco na aderência.

As reavaliações de enfermagem eram agendadas em um intervalo de 30 dias conforme consulta médica, onde foram avaliadas as dúvidas e exploradas as intercorrências no domicílio bem como o entendimento do conteúdo do material educativo fornecido.

Resultados:

Dos que 55 pacientes atendidos, 22 eram do sexo masculino e 33 do sexo feminino; a idade média foi de 13 a 55 anos. 5 (9,02%), são analfabetos funcionais, 13 (23,6%), são adolescentes e 37 (67,2%) são adultos.

Após consulta, foi observado que 20% tiveram modificação de comportamento, aderindo ao tratamento; houve 20% de redução nas complicações clínicas e tiveram uma redução da dor, 45% utilizam o Manual para retirar suas dúvidas, 6% compareceram regularmente ao ambulatório da dor na consulta de enfermagem e 9% não retornaram para as reavaliações de enfermagem.

Os que apresentavam um grau de dificuldade maior no entendimento do Manual do Paciente ou das prescrições médicas (posologia, nome da medicação), necessitaram de um intervalo menor entre as consultas, para que fossem retiradas todas as suas dúvidas e se necessário traçadas novas metodologias (uso de cores, símbolos) para um melhor entendimento.

Conclusão:

A educação em saúde para pessoas com doença falciforme com dificuldade de adesão ao tratamento, deve ser de forma clara e objetiva para uma melhor compreensão de sua doença, possíveis intercorrências e a importância na adesão. Recomenda-se o uso de Manuais Explicativos escritos com linguagem acessível, além de toda e qualquer outra forma de identificação (cores, sinais, lembretes) visando garantir o entendimento por parte do paciente e familiar, tendo em vista suas necessidades específicas.

É importante a interação, entre o paciente e o profissional de saúde para que se torne mais fácil a troca de informações, visando uma melhor aderência ao tratamento, assim a qualidade de vida do paciente, impactando positivamente.

Referências Bibliográficas:

- KIKUCHI, BA. Anemia Falciforme: Manual para Agentes de Educação e Saúde. Belo Horizonte: Editora Health, 1999
 KIKUCHI, BA. Anemia Falciforme: Um Problema Nosso. São Paulo: Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo
 MURPHY, J & COSTER, G. Injuries in Patient Compliance Drugs, 54/6: 797 – 800.1977
 Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, vol. 29 – julho/setembro – 2007, nº03.
 Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia – V Simpósio Brasileiro de Doença falciforme e outras Hemoglobinopatias, vol. 31, suplemento 4/setembro 2009.
 Ministério da Saúde, Manual de Eventos Agudos em Doença Falciforme, Brasília _ DE.F. 2009
 "Enfermagem – Conceitos da Prática", 1971, ISBN 3-86126-548-6.

Acreditação**P_202_2011 - Gestão da Informação num Hospital em Processo de Acreditação Canadense**

Gina Vilas Boas Lima Tarsitano, Ana Aparecida de Andrade, Marcia Maiumi Fukujima, Fernanda Maciel Paschoin, Patricia Mony, Audrey Navarro, Simone Moura, Olavo Simões, Marina Lima, Cláudia Maria Vieira Rocha Brito Marques, Regilene Pereira Capel

Resumo: Gestão da informação num hospital em processo de acreditação canadense. A gestão da informação é uma área do conhecimento bastante ampla. O método de acreditação canadense propõe formação de time de gestão da informação. Método – descritivo e análise crítica. Resultado – a implantação do plano de gestão da comunicação e informação se deu pela identificação da demanda inicial na matriz de comunicação e transferência de informações. Identificados 4 públicos: paciente, colaborador, processos e meio externo. Desenvolvidas ferramentas específicas para identificação das demandas para cada público e ações direcionadas. O método usado trouxe melhorias na qualidade da comunicação e transferência de informações.

Palavras-chave: Gestão da informação; gestão da comunicação; trabalho em time; acreditação.

INTRODUÇÃO

A gestão da Informação nas instituições de saúde tem sido amplamente debatida nas últimas décadas. Os conceitos de comunicação de Informação são muito amplos e resulta em diferentes linhas de trabalho e pesquisa neste tema. Seguindo a linha de trabalho em Time proposta pelo método canadense de acreditação de serviços de saúde, foi desenvolvido um planejamento para a gestão da Informação em um hospital geral público de 266 leitos.

O objetivo deste artigo é descrever a experiência obtida com a implantação do Time de gestão da comunicação e Informação no modelo de acreditação canadense

MÉTODO

Formação de um grupo (Time de Gestão da Comunicação e Informação) multiprofissional focado na gerência da eficácia e efetividade da Informação, com foco final a qualidade e segurança da assistência ao paciente. Construção de ferramentas de gestão e efetividade das ações (pesquisas de satisfação). Construção de proposta de comunicação áudio visual: paciente, colaborador, processos e meio externo. Realizou-se análise crítica deste processo.

RESULTADO

Em 2008 foi formado o time de gestão da comunicação e informação com os objetivos de:

- Assegurar a qualidade da informação para facilitar a tomada de decisões nos diversos níveis organizacionais;
- Trabalhar a comunicação entre pessoas (colaboradores, pacientes e familiares) e processos;
- Melhorar a interação com a Comissão de Prontuário e óbito afim de sugerir melhorias na qualidade da informação do processo assistencial bem como do prontuário;

- Analisar produção, disponibilização e armazenamento de informação afim de evitar retrabalho nos diversos processos;
- Analisar projetos e sugestões de forma integrada com os demais times de apoio e times assistenciais.

A composição básica do Time era multiprofissional e multissetorial: 2 enfermeiras, 3 médicas, 1 supervisora de recepção, 1 coordenadora de SAME, 1 analista de suporte, 1 gerente de portaria, 1 coordenadora de planejamento, 1 coordenadora de faturamento e 1 gerente administrativa.

A ferramenta de análise Inicial foi a construção de uma matriz de comunicação com todas as unidades internas do hospital nas linhas e colunas. Nas células foram colocadas todas as demandas de informação e comunicação entre as unidades representadas nas linhas e colunas e o modo como ocorria a comunicação ou transferência de informação. A matriz serviu para identificação objetiva das fragilidades de comunicação ou segurança de Informação, por exemplo, nas transferências internas e nas interfaces entre unidades administrativas e assistenciais.

A partir daí foram planejadas ações pautadas em 4 eixos de trabalho: paciente, colaborador, processo e ambiente externo.

Paciente

Para definição da demanda dos pacientes foram considerados resultados de entrevista de satisfação realizada rotineiramente para 8% dos casos novos, 2% dos retornos ambulatoriais e 10% dos pacientes internados, pesquisa de opinião referente a cada unidade, demanda espontânea de queixas e sugestões do Serviço de Atendimento ao Usuário e entrevista dirigida.

Quadro 1 – As perguntas da entrevista dirigida para pacientes de cirurgias eletivas abordaram o conhecimento do paciente/ família sobre:

Motivo da internação
Profissionais responsáveis
Tipo de cirurgia
Recomendações a respeito do jejum
Suspensão de medicamentos de uso crônico
Riscos da anestesia
Riscos de complicações cirúrgicas
Risco de necessidade de transfusão sanguínea
Risco de necessidade de UTI
Período previsto de internação
Significado do termo de consentimento informado
Retorno
Retirada de pontos
Acompanhamento ambulatorial
Medicação ajustada

Obtivemos melhora em 60% dos itens após implantação das ações elaboradas pelo time no decorrer de 1 ano (entrevista 2009 e entrevista 2010).

Métodos usados de comunicação com o paciente

- Quadro de cuidado colocado a beira de cada leito contendo informações sobre identificação dos profissionais responsáveis no período, planejamento para o período (exames e procedimentos a realizar, expectativa de resultados, alterações de dieta previsão de alta hospitalar), dados sobre acompanhantes (dúvidas, telefones de contato)
- Cartazes sobre boas práticas
- Folders explicativos
- Divulgação na Semana da Qualidade em forma de painéis colocados em locais de grande circulação de pacientes e familiares
- VisitUCA – projeto que tem objetivo de fornecer informações e esclarecimentos sobre procedimentos cirúrgicos para as crianças de forma lúdica
- Painel eletrônico
- Cartazes
- Divulgação de informações nos elevadores
- Criação de roteiro para padronização das informações dadas aos pacientes e familiares, visando melhorar a qualidade da informação: identificação do paciente, apresentação do profissional (nome e função), coleta de informações sobre a demanda de informação, questionamento sobre grau de parentesco, questionamento sobre o que o paciente ou familiar já sabe sobre a doença ou internação, informações sobre a patologia de base, criticidade e internação, explicação da hipótese diagnóstica, explicação da fisiopatologia (de forma simplificada), evolução do paciente, planejamento futuro (informações sobre exames complementares, terapêutica a ser instituída e previsão de alta), resumo das informações anteriores, avaliação do grau de compreensão do que foi explicado, esclarecimento das dúvidas do paciente ou familiar.

Quadro 2 - Histórico de ações desenvolvidas em resposta as queixas e sugestões deixadas no Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

Ano	Ações
2004	Sinalização dos banheiros para portadores de necessidades especiais
	Criação de espaço para o grupo de acolhimento terapêutico da psiquiatria
2005	Fraldário nas unidades ambulatorio e reabilitação
	Rampa de acesso na entrada do hospital
	Atendimento preferencial
	Lanche diferenciado para doador de sangue vegetariano
	Aquisição de novas cadeiras de rodas para uso interno
	Televisores nos saguões dos andares
	Ganchos para bolsas e soros nos banheiros dos andares
2006	Armários exclusivos para mães participantes
	Construção de dois novos consultórios no ambulatorio
	Reforma e aumento da sala de espera do ambulatorio
	Implantação de senha eletrônica
	Sinalização interna e externa
	Mudança na estrutura da sala do Serviço de Atendimento ao Usuário
	Instalação de telefones públicos para cadeirantes
2007	Abertura do terceiro quichê para marcação de consultas
	Implantação da visita aberta
	Estruturação do serviço de obesidade mórbida e cirurgia bariátrica
2008	Criação do quichê exclusivo para entrega de exames
	Aquisição de cadeiras de rodas específicas para pacientes da reabilitação
2009	Início do serviço de cirurgia plástica reparativa para pacientes transexuais
2010	Troca das cadeiras das salas de espera do ambulatorio
	Reformulação da sala onde é feito o processo administrativo de internação
	Criação de sala de espera para acompanhante do centro obstétrico

Colaborador

Para definição de demanda de informação e comunicação são considerados resultados da pesquisa do clima organizacional realizado anualmente, do Programa de Opinião Participativa (POP) que tem como principal ferramenta uma caixa de sugestões e opiniões dirigida aos colaboradores da instituição, e da Pesquisa da Cultura de Segurança do Paciente que é um instrumento preconizado pela acreditação canadense e identifica as lacunas de percepção sobre segurança do paciente e foi aplicado a 1285 colaboradores com 635 respostas.

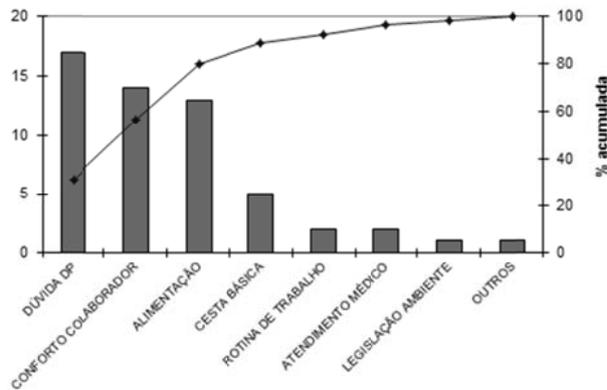


Gráfico 1 – Resultado do Programa de Opinião Participativa (POP)



Gráfico 2 – Percepção positiva consolidada para as dimensões da Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente (%)

Métodos usados para comunicação com os colaboradores:

- Quadro de avisos, localizado no corredor de entrada de colaboradores (promoções internas, recrutamento interno, elogios, eventos)
- Cartazes informativos sobre boas práticas e projetos desenvolvidos (colaborador eficiente, abreviaturas permitidas, prescrição segura)
- Manual de integração
- Painel eletrônico
- Divulgação de informações nos elevadores
- Semana da Qualidade em forma de painéis sobre segurança do paciente
- Materiais explicativos anexados aos holerites
- Jornal institucional
- Intranet

Processo

A demanda de comunicação ou transferência de informações entre os processos foi obtida da matriz de comunicação. A principal fragilidade identificada foi a transferência interna do paciente.

Métodos criados para melhorar a transferência das informações nas transferências internas do paciente:

Implantação de método de identificação segura usando sempre dois critérios identificadores (nome, registro hospitalar, data de nascimento e nome da mãe) excluindo número de leito

Formulário de transferência interna interprofissional do paciente

Formulário do plano terapêutico desenvolvido pelo time de gestão da informação em conjunto com os times assistenciais e time liderança

Auditoria dos protocolos clínicos (hérnias abdominais, traumatismo crânio encefálico, ligamento cruzado anterior) selecionados com critérios de prevalência, gravidade e custo

Implantação da Sistematização Informatizada da Assistência de Enfermagem (SIAE) na UTI Adulto, em interface com o processo de educação continuada de enfermagem com planejamento de expansão para todas as unidades críticas

Passagem de plantão on-line pela equipe de Enfermagem

Alta integrada com participação da equipe multiprofissional

Projeto para padronização da passagem de plantão da equipe de enfermagem

Ações realizadas em conjunto com o gerenciamento de riscos para garantia da cirurgia segura: lista de conferência pré-operatória (checklist cirúrgico), marcação de sítio cirúrgico, time out com quadro na sala cirúrgica, conferência pós-operatória e protocolo de antibioticoprofilaxia.

Aderência as boas práticas: segurança de medicação - reconciliação medicamentosa multiprofissional e dupla checagem de drogas de alto alerta, cultura de segurança - implantação do formulário do plano terapêutico do paciente e difusão da cultura orientação do paciente sobre métodos de segurança.

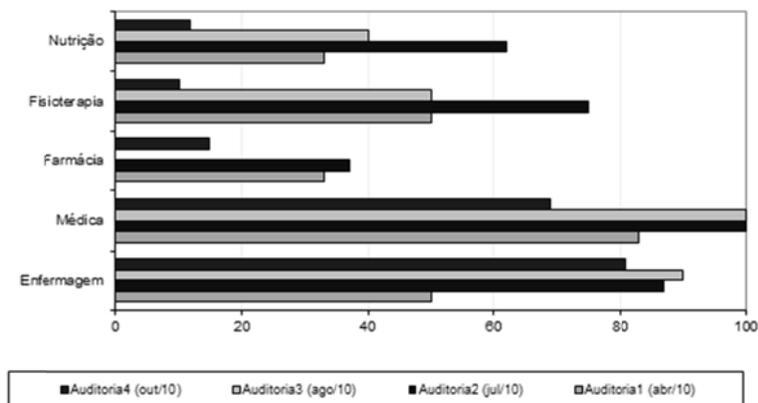
Melhoria do processo de interação em conjunto com time de gestão do ambiente e times assistenciais – uso de técnica lean para redesenho do processo.

Reorganização do prontuário da UTI Adulto

Melhoria nos registros de diárias de acompanhantes (Portaria M/MS/Nº. 280/99; GM/MS/Nº. 2.418/2005, em conformidade com art. 1ª da Lei Nº 108/2005; Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA)

Implantação de método de auditorias clínicas regulares.

Gráfico 3 – Auditoria do preenchimento adequado da ficha de transferência interna do paciente



A partir das auditorias da ficha de transferência foi identificada nova demanda específica para transferência de pacientes materno-infantis e de centro cirúrgico.

Gráfico 4 – auditoria do preenchimento do formulário do plano terapêutico por especialidade (% de conformidade)

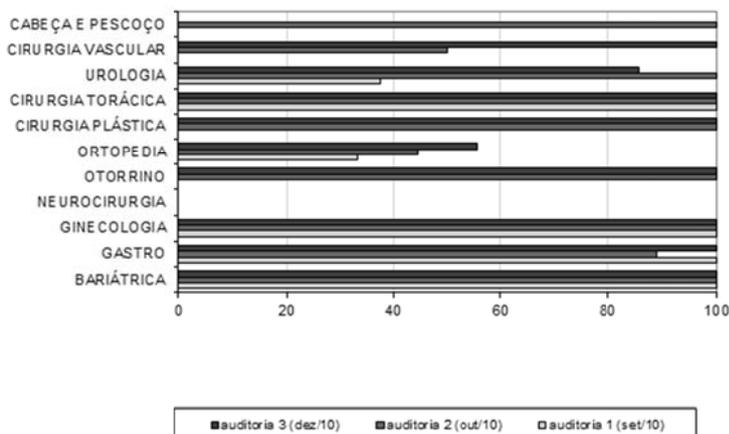
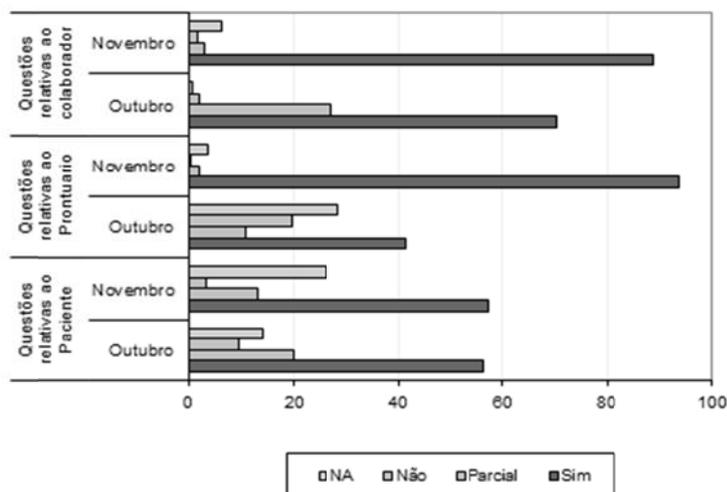


Gráfico 5 - Auditorias clínicas estruturadas



Meio externo

As demandas de comunicação com o meio externo foram identificadas através de comunicações específicas dirigidas à instituição e auto-avaliação regular segundo método de acreditação canadense.

Métodos de comunicação com o meio externo:

- Sítio da instituição na internet e inscrição em mecanismos de busca
- Relatórios de atividades mensais enviados à Secretaria do Estado de Saúde
- Relatórios de indicadores para comparativo externo enviado mensalmente ao Programa CQH
- Reuniões bimestrais com as Secretarias municipais de saúde - redistribuição das vagas, análise da necessidade de vaga de cada município, adequação de oferta de exames de radiologia, análise e adequação da taxa de agendamento e utilização das vagas de consultas e exames
- Reunião com a Central Reguladora de Vagas do município – análise de referência e contra-referência
- Interação com a Comunidade – Escola de artes e ofícios na instituição, trabalho voluntário em creches municipais (avaliação médica de crianças com orientação e encaminhamento), reuniões ordinárias com os líderes comunitários

Gráfico 6 – Interesse de usuários de sítios de busca pela instituição



CONCLUSÕES

O trabalho em Time com formação multiprofissional e multissetorial conseguiu promover melhorias objetivas e também subjetivas à instituição. Um dos principais resultados da implantação da metodologia da acreditação canadense foi evidenciar a visão sistêmica dos processos e sua integração. Possibilitou a identificação e solução dos problemas de forma mais ágil. Também possibilitou a participação de pacientes, funcionários na cultura de qualidade da instituição. O método também exige auto-avaliações constantes e regulares e melhoria contínua. E essa melhoria se consubstanciou na humanização das relações e do aumento do vínculo na assistência e na gestão do trabalho.

Referências

- Manual de Acreditação Internacional – Programa de Acreditação Canadense, CCAP. IQG & CCHSA Internacional, 2008.
Agency for Healthcare Research and Quality. Hospital survey on patient safety culture. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm>
González C. Transferência de conhecimentos em uma rede de serviços de saúde: o caso dos hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar. RAS 2009; 11:103-112
Quinto Neto A. A responsabilidade corporativa dos gestores de organizações de saúde e a segurança do paciente. RAS 2008; 10:140-146

Indicadores Assistenciais

P_203_2011 - Gestão de Indicadores de Qualidade e Segurança: Modelo Analítico de "Performance" da UTI Neonatal

Graziela Lopes Del Ben, Andreza Aparecida Araujo West, Isabel Pradas Caceres

Resumo: Objetivo: Desenvolver um sistema de indicadores como ferramenta de avaliação das práticas médicas na UTI Neonatal (UTIN). Metodologia: Foram selecionados indicadores de gestão, epidemiológicos e de segurança e risco de procedimentos. Resultados: A mortalidade e morbidade mostraram-se dentro da referência. Observamos redução do tempo de internação, ventilação e oxigenioterapia nos prematuros. Os indicadores de gestão e segurança apresentaram-se em conformidade e houve redução nas complicações do cateterismo. Conclusão: Os indicadores selecionados refletiram o cenário da UTIN no contexto da gestão assistencial e administrativa e mostraram-se eficaz como modelo analítico da "performance" médica para tomada de decisão.

Palavras chave: indicadores, qualidade, desempenho, recém-nascido, unidade de terapia intensiva neonatal.

Introdução: Indicadores são medidas sistemáticas desenvolvidas para tomada de decisões assistenciais e administrativas, avaliações de processos e evolução¹. O processo da assistência ao recém-nascido (RN) prematuro varia entre diferentes UTI neonatais (UTIN). O enfoque atual na assistência neonatal é o atendimento ao RN prematuro. Nos últimos anos relata-se diminuição da mortalidade neonatal². Atualmente, observa-se estabilidade na proporção de óbitos². Como consequência da redução da mortalidade, a morbidade tornou-se relevante². Assim, houve aumento da sobrevivência dos prematuros determinando impacto epidemiológico no perfil das UTIN^{2,3,4,5} incluindo alterações no tempo de internação (TI), volume, morbidades e no risco de eventos e complicações a curto e longo prazo. As admissões na UTIN estão mais frequentes para ambos, RN termo e prematuro. Por um lado ocorre aumento de prematuros mais extremos com redução do limite da viabilidade e de outro incremento de prematuros tardios decorrentes do aumento da indicação de parto cesárea. Os dados de sobrevivência, mortalidade e morbidades são publicados em vários estudos^{2,3,5}. Na maioria, há publicações dos aspectos da morbi-mortalidade e eventos adversos individualizados^{2,3,5} e não agrupados como gestão. Ao que se sabe, não há publicações de avaliação da performance da UTIN baseada em indicadores que abrangem vários pontos de análise: epidemiológica, desempenho, administrativa e segurança. Em geral, as publicações relatam os indicadores de desempenho e segurança no grupo pediátrico e adulto^{1,4,6,7}. Os dados neonatais, resumidos como indicadores são escassos e há poucos dados de referência para "benchmark" no período neonatal. Documenta-se em torno de 11 itens relevantes avaliados como indicadores de segurança ao paciente (PSI) pela "Agency Healthcare Quality Research" (AHQR) em adultos e crianças maiores^{4,8}. Nos RN os dados são escassos e não se descreve indicadores significantes de avaliação de segurança assistencial^{4,8,9,10}. A medida dos processos, da implementação das diretrizes e estratégias baseadas em evidências são componentes essenciais para se avaliar a assistência ao RN na UTIN^{9,10,11,12}.

Objetivos: desenvolver um modelo analítico de indicadores que permita avaliar o desempenho médico, identificar riscos e potenciais problemas de segurança ao RN, ou seja, um modelo que reflita as práticas médicas na assistência neonatal. Os indicadores devem permitir: 1. A avaliação da tendência e perfil evolutivo da morbimortalidade 2. O controle dos procedimentos e eventos de riscos para segurança do recém nascido 3. O gerenciamento da unidade neonatal baseada em resultados 4. O desenvolvimento de Indicadores de Segurança em neonatologia 5. O impacto da assistência e sua complexidade sobre o custo e tempo de internação 7. A análise comparativa dos indicadores no contexto nacional e internacional.

Justificativa: Avaliar o resultado dos protocolos e práticas assistenciais e de segurança clínica do RN. Analisar o desempenho através do monitoramento dos indicadores.

Metodologia: 1. Construção do Modelo Analítico: Desenvolveu-se uma Gestão Médica de Indicadores em Neonatologia: Indicadores de Qualidade, Desempenho e Segurança (GMIN – IQDS) para avaliar os resultados das práticas assistenciais e organizar a demanda e volume de RN bem como a complexidade e ocupação dos leitos (fatores que influenciam na prática e assistência)- Modelo Analítico - Figura 1.



Figura 1. GESTÃO MÉDICA DE INDICADORES EM NEONATOLOGIA: QUALIDADE, DESEMPENHO E SEGURANÇA (GMIN/IQDS)- MODELO ANALÍTICO

2. Definição e seleção dos Indicadores de Qualidade para UTI neonatal: Os indicadores foram definidos como itens mensuráveis relacionados à estrutura (ex: ocupação, complexidade e volume), processo (assistência ao RN) e evolução e resultado da assistência (morbimortalidade)^{1,9}. Na seleção de indicadores foram valorizadas as seguintes características: descrição não-ambígua, clareza na definição, definição explícita da amostragem, inter-relação entre as medidas de processo e a evolução clínica após os cuidados assistenciais^{1,12}.

Para o processo de avaliação da qualidade da assistência analisou-se aspectos epidemiológicos da UTIN no período entre 2003 e 2009. Total de 6.419 RN participou do estudo. A mortalidade neonatal (RN entre 0 e 28 dias) foi analisada para todos os RN e estratificada em função do período do óbito (precoce ou tardio). Os aspectos da morbidade (5 grandes morbidades) foram avaliados nos RN prematuros com peso ao nascimento $\leq 1500g$. Também analisamos a proporção de óbitos entre os RN prematuros com peso ao nascimento $\leq 1500g$.

Como a meta era desenvolver uma Gestão Médica baseada em resultados e obtermos uma relação causa-efeito analisou-se a inter-relação entre os indicadores incluindo: sobrevida sem e com morbidade dos prematuros com peso ao nascimento $\leq 1500g$, perfil da morbidade neonatal em RN prematuros $\leq 1500g$ e o impacto da prática assistencial da prematuridade sobre o tempo de internação. Consideramos as 5 grandes morbidades neonatais: a Displasia Broncopulmonar (DBP), isto é, a dependência de O₂ maior que 36 semanas de idade gestacional (IG) corrigida, a retinopatia da prematuridade (ROP) com laser, Enterocolite Necrosante cirúrgica (ECNc) e Hemorragia Intracraniana (HIC) grau 1 e 2 e HIC grau 3 e 4 e Deficiência Auditiva.

Assim, estabeleceram-se como Indicadores Assistenciais e Médico-Administrativos:

1- a Mortalidade Neonatal (óbitos em RN $\leq 28d$ /nascidos vivos) e Neonatal Precoce (óbitos entre 0-7d/nascidos vivos), neonatal tardia (óbitos entre 8-28 dias/nascidos vivos), Mortalidade Prevista (chance de óbito) pelo "Clinical Risk Index for Babies" (CRIB): escore 0-5: 7%, 6-10: 37%; 11-15: 69%; > 16: 92%

2- as Morbidades: calculadas como nº RN $\leq 1500g$ com as morbidades específicas / nº de RN $\leq 1500g$: 1. DBP ou uso de O₂ $\geq 36s$ de IG corrigida: número de RN $\leq 1500g$ com dependência de O₂ para IG corrigida > 36 semanas/número de RN vivos com peso ao nascimento $\leq 1500g$; 2. Hemorragia Intracraniana (HIC) I-II e III-IV: número de RN $\leq 1500g$ com HIC I-II ou III-IV/número de RN com peso ao nascimento $\leq 1500g$; 3. ROP com laser: número de RN $\leq 1500g$ com retinopatia da prematuridade/número de RN com peso ao nascimento $\leq 1500g$; 4. ECN cirúrgica: número de RN $\leq 1500g$ com enterocolite necrosante cirúrgica/número de RN com peso ao nascimento $\leq 1500g$; 5. Deficiência Auditiva – número de RN $\leq 1500g$ com deficiência auditiva /número de RN com peso ao nascimento $\leq 1500g$. Também a sobrevida com e sem morbidade foi analisada.

3- o Tempo de Internação (TI), estratificado por peso (RN $\leq 1000g$; entre 1001-1250g e entre 1251 e 1500g), tempo de ventilação mecânica (dias) e o tempo de uso de O₂ nos prematuros $\leq 1500g$ (dias).

4- a Taxa de Ocupação por complexidade de perfil: UTIN e semi; número de altas/dia; taxa de admissão de RN na UTIN/nascidos vivos; índice de transferência de RN para UTIN/dia; volume anual da UTIN; frequência de prematuros < 1500g / nascidos vivos; frequência de PT tardios (34-36s).

Em adição, baseado nos dados da "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ)^{4,8} desenvolveu-se algoritmo de indicadores de segurança – para fins de controle clínico dos eventos adversos e sentinelas no período neonatal. Estes foram delineados em 12 situações distintas consideradas como risco na segurança clínica do RN na UTIN.

Os Indicadores de Segurança (para procedimentos médicos) avaliados entre 2003 e 2009 incluem:

1 - Sucesso da extubação programada no RN pré-termo tardio e termo (1) e no prematuro (2): definida como a não-reintubação após 48 h da extubação programada com critérios: FiO₂ < 40%, FR < 20, PIP < 20, PEEP < 5, sem sedação > 12h, no período.

2 - Extubação acidental (EA) (3): nº de RN com saída não-intencional da cânula ET / número de RN intubados.

3 - Índice de pneumotórax/pneumomediastino iatrogênico na UTIN (4): Número de RN com pneumotórax e/ou pneumomediastino/número de RN de risco (RN com O₂, CPAP ou VM), no período analisado.

4 - Índice de pneumotórax/pneumomediastino iatrogênico em RN de alto risco (com VM) (5): número de RN com pneumotórax e pneumomediastino iatrogênico/número de RN com ventilação mecânica, no período analisado.

5 - Erro do local de procedimento cirúrgico (6); Índice de perfuração de vísceras após punção ou drenagem (7); Índice de derrame pericárdico ou tamponamento cardíaco após cateter artério-venoso umbilical (8); Índice de perfuração vascular após cateterismo art-ério-venoso umbilical (9); Frequência de corpo estranho após procedimento cirúrgico (10): calculados como nº de RN com o evento/número de RN submetidos ao procedimento, no período analisado

6 - Índice de hiperbilirrubinemia (icterícia) grave com Kernicterus (11): número de RN com kernicterus / total de nascidos vivos, no período analisado.

7 - Taxa de Infecção hospitalar (12): número de episódios de infecção hospitalar / número de saídas, no período analisado.

3- Medidas: A conformidade do modelo analítico desenvolvido baseou-se na “Agency for Healthcare Research and Quality” (AHRQ) para indicadores de segurança, no “National Center Health Statistic” (NCHS), “National Institute of Child Health and Human Development” (NICHD) e “Vermont Oxford Network” (VON) para morbidades, mortalidade e sobrevida de prematuros. “Joint Committion International (JCI)” para eventos adversos e sentinela como Kernicterus e indicadores de segurança. Os dados foram comparados com a série histórica evolutiva e com os centros de referência.

4- Medidas principais: Avaliação dos indicadores e “benchmarking” com dados do NCHS para mortalidade, com NICHD e VON para morbidades e TI. Estabeleceu-se para os indicadores médico-administrativos “série histórica” e em alguns deles o “perfil informativo”. Comparamos os dados dos indicadores de segurança com AHRQ e com os dados nacionais (CQH) e internacionais de relevância publicados em periódicos da Academia Americana de Pediatria (AAP), uma vez que as publicações de eventos adversos são escassas na literatura e não há dados de referência bem estabelecidos.

Resultados: A mortalidade neonatal apresentou-se estável no período analisado e não houve diferença estatística na proporção de óbitos entre 2003 e 2009 (Tabela 1). Esse indicador não ultrapassou a meta estabelecida (5/mil). Perfil semelhante foi observado na mortalidade neonatal precoce e tardia, as quais não ultrapassaram a referência, estabelecida em 5/mil e 4/mil (base: NCHS), respectivamente.

Observa-se que a mortalidade prevista pelo CRIB (chance de óbito), nos escores analisados: 0-5, 6-10, 11-15 e > 16, estão dentro dos parâmetros de referência, exceto no escore >16 (entre 2003-2006) e escore 0-5 (2008 e 2009), nos quais a mortalidade obtida foi maior que a prevista (Tabela 1).

Quanto às morbidades, os resultados estão dentro das referências e observou-se redução da DBP definida como a dependência de O2 na idade > 36 semanas de IG corrigida (Tabela 1). Observa-se redução da HIC grau III e IV e estabilidade da HIC grau I e II. Ambas apresentaram valores dentro da referência (dados: NICHD e VON). As morbidades neuro-sensoriais como ROP com laser e deficiência auditiva também estiveram em conformidade com a meta e benchmark (NICHD e VON). Este perfil também foi observado para a ECN cirúrgica. Houve aumento de 12% na sobrevida sem morbidade entre 2003 e 2009 (Tabela 1).

Observamos impacto da diminuição do TI nos RN prematuros extremos. A média do TI no grupo < 1000g em 2009 foi menor que a dos anos anteriores (2003, 2004, 2005). Houve conformidade para o tempo de internação em todas as faixas de peso estratificadas (Tabela 2). O tempo de ventilação mecânica e o uso de O2 apresentaram-se estáveis, com redução de 2 dias e 10 dias entre 2003 e 2009, respectivamente, e em conformidade com a meta (Tabela 2).

Os indicadores de segurança revelaram-se com resultados em conformidade com as referências. A Taxa de Infecção Hospitalar (TIH) permaneceu estável e em conformidade com a referência. Não houve ocorrência de eventos adversos graves como presença de corpo estranho após procedimento, erro relacionado ao sítio do procedimento cirúrgico, perfuração de vísceras e hiperbilirrubinemia com Kernicterus (Tabela 3). A perfuração vascular após cateterismo mostrou-se pouco freqüente e em conformidade com a meta. Houve aumento do índice de derrame pericárdico após cateterismo umbilical e posterior redução (2006-2009) após implementação de protocolo de controle de cateterismo.

Os indicadores de gestão administrativa, de caráter informativo, apresentaram comportamento estável e em adequação com a meta e a variação, ambas definidas por série histórica. O índice de transferência, admissão, alta e ocupação em conformidade com a meta estabelecida. A taxa de admissão de RN na UTIN mostra incremento, de 2%, no período analisado. Observa-se aumento da prematuridade tardia (Tabela 4).

Tabela 1. Indicadores de Performance/Epidemiológicos, meta, benchmark e série histórica entre 2003 e 2009: avaliação anual.

Indicadores de Qualidade	ano 03	ano 04	ano 05	ano 06	ano 07	ano 08	ano 09	Meta	Benchmarks referência
Mortalidade Neonatal (por mil)	3,4	3,5	3,7	3,0	2,9	3,9	4,1	≤ 5/mil	Annual Statistic/US
Mortalidade Neonatal Precoce (por mil)	2,8	2,7	2,6	2,1	2,4	2,3	2,9	≤ 5/mil	Annual Statistic/US
Mortalidade Neonatal Tardia (por mil)	0,6	0,8	1,1	0,9	0,5	1,6	1,2	≤ 4/mil	Annual Statistic/US
CRIB Escore 0-5	3,6	5,9	1,2	1,2	4,4	8,9	13	≤ 7%	CRIB
CRIB Escore 6-10	10	28	17	17	37	34	29	≤ 37%	CRIB
CRIB Escore 11-15	70	50	62	62	50	63	60	≤ 69%	CRIB
CRIB Escore > 16	100	100	100	100	91	90	0	≤ 92%	CRIB
Sobrevida RN ≤ 1500g	72	73	75	82	85	81	80	75%	Série hist. /VON
Sobrevida sem morbidade (RN ≤ 1500g)	55	54	58	63	62	65	67	≥ 50%	Série hist. NICHD/VON
Sobrevida com morbidade (RN ≤ 1500g)	45	46	42	37	38	35	33	≤ 50%	Série hist. NICHD/VON
Displasia Broncopulmonar	44	43	42	39	46	37	34	≤ 50%	Série hist./ NICHD/VON
HIC I-II	12	15	8	12	10	15	16	≤ 20%	NICHD/VON
HIC III-IV	8	6	10	6	11	11	4,5	≤ 13%	NICHD/VON
Retinopatia + Laser	3,7	4	3	3,4	4	5,0	4,7	≤ 6%	NICHD/VON
ECN cirúrgica	3,5	3	3	2,6	3,8	5,3	4,7	≤ 7%	NICHD/VON
Deficiência Auditiva	3	4,5	1,2	2,2	2,5	1,3	2,2	≤ 7%	NICHD/VON

Abreviaturas: CRIB – Clinical Risk Index for Babies; VON: Vermont Oxford Network

NICHD: National Institute of Child Health and Human Development- Neonatal Network

HIC: hemorragia intracraniana ECN:Enterocolite necrosante; Serie hist.: série histórica

Valores da mortalidade são calculados por mil. Os valores do CRIB e as morbidades são representados em percentual. As Morbidades foram calculadas para RN 1500g

Tabela 2. Indicadores de Performance/Epidemiológicos, meta, benchmark e série histórica, entre 2003 e 2009

Indicadores de Desempenho	ano 03	ano 04	ano 05	ano 06	ano 07	ano 08	ano 09	Meta	Benchmark/ref
Tempo de VM (dias)	12	12	10	8	7	10	10,2	≤ 15d	Serie hist
Tempo de uso de O2 (dias)	41	32	30	32,7	32	33	31	≤ 50d	Serie hist
TI UTIN peso ≤ 1000g (d)	88	88	86	77	82	85	78	≤ 100d	NICHD/VON Serie hist
TI UTIN peso 1001-1250g (d)	55	62	53	54	55	51	46	≤ 60d	NICHD/VON Serie hist
TI UTIN peso 1251-1500g (d)	38	39	32	37	37	40	36	≤ 40d	NICHD/VON Serie hist

Abreviaturas: CRIB – Clinical Risk Index for Babies; VON: Vermont Oxford Network; ref: referência;

NICHD: National Institute of Child Health and Human Development- Neonatal Network;

TI: tempo de Internação; VM: ventilação mecânica; Valores representam número absoluto em dias

Tabela 3. Indicadores de Segurança, meta, série histórica entre 2003 e 2009

Indicadores de Segurança	ano 03	ano 04	ano 05	ano 06	ano 07	ano 08	ano 09	Meta	Benchmark / Ref
Índice de Pneumotórax/Pneumomediastino em RN de risco (CPAP, VM, capacete e O2)	5,4	5,8	4,2	2,8	3,7	5,4	5,8	≤8%	Série hist./AHRQ
Índice de Pneumotórax em RN ventilados	9,4	5,3	6,9	7,7	6,4	9,4	5,3	≤10%	Série hist./AHRQ
Índice de Derrame Pericárdico/ Pleural após Cateter AV	2,7	5	5,5	9,5	6,8	2,7	5	≤10%	Série hist./AHRQ
Índice de perfuração vascular após cateter AV umbilical	0	0	2	0	3,4	0	0	≤10%	Série hist./AHRQ
Índice de Extubação Acidental (EA)	2	2,2	2,9	2,9	2,1	1,2	2,7	≤4%	Série hist./CQH
Sucesso da Extubação Programada - PT	---	---	82	80	81	93	90	≥75%	NICHHD /AAP
Sucesso da Extubação Programada - PT tardio e Termo	---	---	94	94	98	96	89	≥80%	NICHHD /AAP
Índice de corpo estranho após procedimento	0	0	0	0	0	0	0	≤1%	Série hist./AHRQ
Índice de erro do local do procedimento cirúrgico	0	0	0	0	0	0	0	≤1%	Série hist./AHRQ
Índice de perfuração de vísceras após procedimento	0	0	0	0	0	0	0	≤1%	Série hist.
Índice de hiperbilirrubinemia (icterícia) grave com Kernicterus	0	0	0	0	0	0	0	≤0,05%	Série hist./AAP
Taxa de Infecção hospitalar	23	21	23	23	17	21	23	≤ 28%	Série hist.

Abreviaturas: CPAP: pressão positiva contínua nas vias aéreas VM: ventilação mecânica
 PT: Prematuro AV: Arterio-venoso AHRQ: "Agency for Healthcare Research and Quality"
 ref: referência hist.:histórica; Valores expressam a média anual percentual (%).

Tabela 4. Indicadores de Gestão Médica-Administrativa e metas entre 2003 e 2009

Indicadores de Gestão Administrativa	ano 03	ano 04	ano 05	ano 06	ano 07	ano 08	ano 09	Meta setor	Benchmark/ Ref.
Taxa de Ocupação complexidade UTIN	74	78	82	78	71	81	77	70-93%	Inform
Taxa de ocupação complexidade Semi	78	77	87	90	98	95	90	70-93%	Inform
Número de altas/dia	2	2,3	1,8	2,1	2,3	2	2	1-3/d	Inform
Taxa de admissão de RN na UTIN/NV	9,4	9,7	11,5	11	10	10,8	11,4	9-15%	Inform
Índice transferência RN para UTIN/dia	2,5	2,3	2,4	2,5	2,7	2,3	3	2-3 RN/d	Inform
Volume anual UTIN (RN)	864	786	912	949	866	1018	992	800-1000	Inform
Nº PT<1500g/NV (%)	112 (1,2)	117 (1,4)	113 (1,39)	115 (1,3)	103 (1,2)	139 (1,4)	125 (1,5)	inform	Inform
Frequência de PT tardios (34-36s) (%)	7,2	7,6	8,2	8,6	8,7	8,8	8,7	inform	inform

Abreviaturas: NV: nascidos vivos. PT: pretermo ref: referência inform.: informativo. Valores representam a média e estão expressos em percentual (entre parêntesis) e número absoluto.

Conclusões: A Gestão de Indicadores (GMIN/IQDS) permitiu a avaliação completa do perfil epidemiológico da UTIN e a obtenção de resultados baseados em evidências. O conjunto dos indicadores selecionados reflete os processos assistenciais e administrativos da UTIN em várias de suas etapas.

O perfil temporal dos indicadores de morbi-mortalidade e de segurança refletiu a melhoria contínua na assistência ao RN. Em adição, os indicadores de morbidade mostraram-se relevantes na análise da "performance" da UTIN refletida pelo aumento da sobrevida de prematuros sem morbidade. A adequada assistência ao RN ventilado é refletida pela estabilidade dos índices de EA e de pneumotórax, aumento do sucesso da extubação programada e redução do tempo de ventilação e oxigenioterapia. Contudo, estratégias de assistência ao prematuro extremo deverão ser implementadas para melhoria da mortalidade prevista no escore de menor (0-5) gravidade. Os índices de transferência para UTIN (do centro obstétrico, berçário admissional e normal) e a admissão de RN estão relacionados aos índices de alta e ocupação do setor. Estes indicadores mostraram-se estratégicos para o gerenciamento de leitos e medida de segurança de controle do volume de RN (ocupação da UTIN:93%) e disponibilidade de vagas (3 leitos disponíveis/dia).

Os indicadores epidemiológicos incluindo a mortalidade, morbidade e os de segurança clínica se desenvolveram dentro de um cenário estrutural. Neste contexto, torna-se imprescindível avaliar a inter-relação entre ambos os cenários: funcional e estrutural. Nossos resultados demonstram a importância da implementação e análise dos indicadores assistenciais e não-assistenciais. O alinhamento entre os dois indicadores pode ser a base para o delineamento de futuras estratégias.

Em síntese, os indicadores selecionados refletiram o cenário da UTIN no contexto da gestão das práticas assistenciais e administrativas e mostraram-se eficaz como modelo analítico da "performance" médica na UTIN.

Referências

- Kavanagh PL, Adams WG, Wang CJ. Quality indicators and quality assessment in child health. Arch Dis Child 2009; 94(6):458-463
- Meadow W, Lee G, Lin Kathy, Lantos J. Changes in mortality for extremely low birth weight infants in the 1990s: Implications for treatment decisions and resource use. Pediatrics 2004;113:1223-1229.
- Lemons JA, Bauer CR, Oh William et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network (NICHHD). Pediatrics 2001; 107: 1-8.
- Miller MR, Elixhauser A, Zhan C, Meyer GS. Patient Safety Indicators: Using administrative data to identify potential patient safety concerns. Health Services Research 2001; 36:5, 110-132.
- Annual Summary of vital Statistic: 2004. Pediatrics 2006; 117: 168-183.
- Horbar JD, Plsek PE, Leahy K. NIC/Q 2000: Establishing habits for improvement in neonatal intensive care units. Pediatrics 2003; 111: e397-e409
- Horbar JD. The Vermont Oxford network: Evidence-based Quality improvement for Neonatology. Pediatrics 1999; 103: 350-9.
- Scanlon MC, Harris JM, Levy F, Sedman A. Evaluation of the Agency for Healthcare Research and Quality Pediatric Quality Indicators. Pediatrics 2008; 121:e1723-e1731.
- O Reilly BK, Duenas ML, Greecher C et al. Evaluation, Development, and implementation of Potentially Better Practices in Neonatal intensive Care Nutrition. Pediatrics 2003; 111: e461-e470.
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care: research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ 2003; 326 (7393): 816-819.
- Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Measuring quality of care-part two of six. N Engl J Med 1996; 335 (13):966-970
- Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. Qual Saf Health Care 2001; 10(3):173-178.

Qualidade e Segurança

P_204_2011 - Atenção Integral ao Paciente Suicida – Modelo de Interface entre o Hospital Regional e a Rede Referenciada

Ana Aparecida de Andrade, Sandra de Oliveira Guare, Alexandra Virginia Guimaraes Oliveira, Rodrigo Chaves Ribeiro, Mejida Awada, Maria Aparecida Orsini de Carvalho, Gisele Izael da Silva Gonçalves, Francisco de Assis Alves

Palavras Chaves: Suicídio, Hospital, Integração sistema de saúde-Rede, Notificação Violência

INTRODUÇÃO/INTRODUCTION:

O suicídio é hoje um problema de saúde pública. Segundo a OMS, estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000 e cerca de 900.000 em 2003, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos. A redução da perda de vidas devida a suicídios tornou-se um objetivo internacional essencial em saúde mental. Para cada pessoa que conclui o suicídio, pelo menos 10 tentam. O impacto emocional para a família e amigos afetados pelo suicídio tende a durar muito tempo.

A taxa de mortalidade por suicídio no Brasil encontra-se em torno de 5,7 por 100.000 habitantes/ano. Quando comparado com outros países considera-se relativamente baixo, mas em razão do tamanho da população, estamos em nono lugar em números absolutos de suicídios. O suicídio é uma situação de morte violenta, que pode ser prevenível. A identificação desses pacientes exige uma atuação em rede de saúde. Após uma tentativa de suicídio, na maior parte das vezes a procura de ajuda é feita através dos Pronto Atendimentos. A identificação dos pacientes e o seguimento pós “dispensa” e/ou alta dos pacientes é justificado pela alta letalidade da condição e a evidência de que cerca de 70% dos suicídios foram precedidos de uma ou mais tentativas. Este trabalho tem por finalidade divulgar o modelo adotado pelo Hospital Geral de Pirajussara para rastreamento de pacientes após tentativa de suicídio de forma a garantir a assistência integral e multiprofissional durante a internação e após a alta hospitalar.

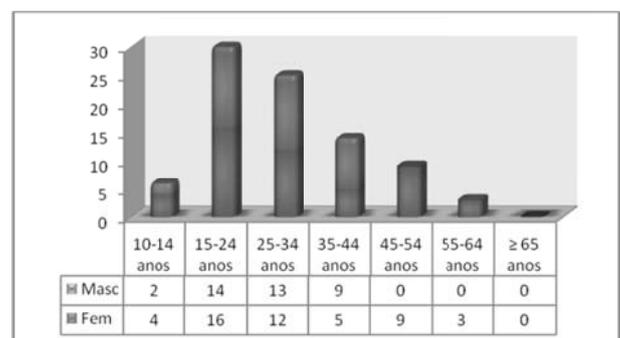
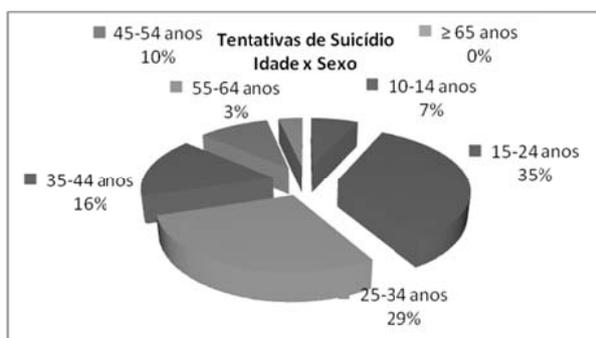
MÉTODOS/METHODS:

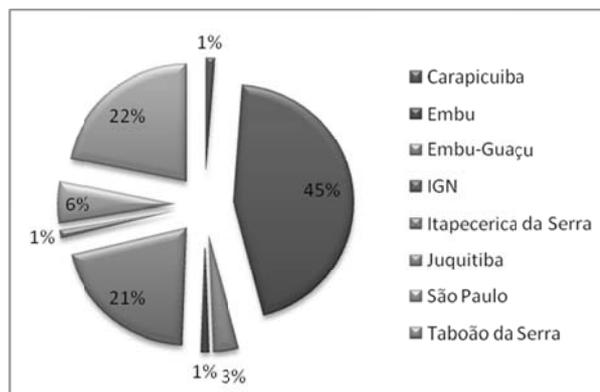
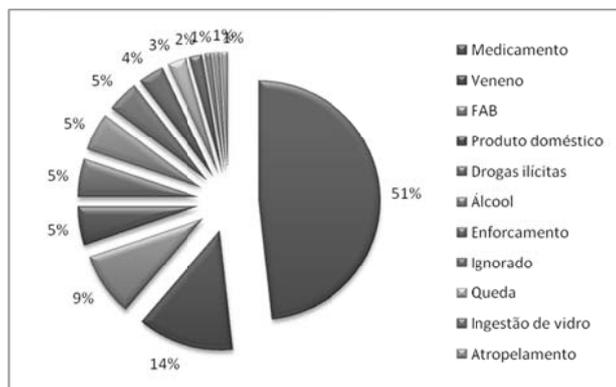
A partir da revisão sistemática diária de todas as fichas de atendimento dos pacientes atendidos no Hospital Geral de Pirajussara são identificados os casos de agravo não-natural à saúde, entre eles as tentativas de suicídio, que são notificados à vigilância epidemiológica estadual e do município de origem do paciente. Os pacientes com suspeita ou tentativa de suicídio confirmada são avaliados por médico psiquiatra visando ao diagnóstico e tratamento específico de condições mórbidas. O risco de suicídio é avaliado segundo protocolo clínico institucional. São acionados os familiares, para orientações e informações pertinentes. Quando ocorre a indicação de alta ou liberação do paciente, propõe-se o tratamento ambulatorial especializado, sendo acionada a rede municipal de saúde mental. O paciente é encaminhado para o serviço especializado: Ambulatório, CAPS, UBS, onde será feito o seguimento extra-hospitalar. O fluxo da comunicação e a forma de encaminhamento aos serviços municipais ganharam espaço de discussão periódica com a vigilância epidemiológica dos municípios da referência, além da coordenação municipal de saúde mental. Nesta ocasião são apresentados os dados hospitalares e municipais, de forma estratificada, para planejamento de estratégias e elaboração de protocolo regional de atenção ao suicídio.

RESULTADOS/RESULTS:

No período de janeiro a dezembro de 2010 foram atendidos 87 pacientes, 49 sexo feminino e 38 do masculino. Observa-se o predomínio do sexo feminino, sendo que as tentativas no sexo masculino foram na maioria em jovens. Observou-se que a maior parte das tentativas de suicídio foi por intoxicação exógena, por agentes como medicamentos, pesticidas e substâncias de uso doméstico. Observou-se que os homens utilizaram mais métodos violentos em comparação às mulheres. Nas mulheres 82% foi por intoxicação exógena, no masculino 49%. No sexo masculino há 47% de métodos mais violentos: ferimento por arma branca, enforcamento, ferimento por arma de fogo, etc.

Idade x Sexo	Fem	Masc	Total
10-14 anos	4	2	6
15-24 anos	16	14	30
25-34 anos	12	13	25
35-44 anos	5	9	14
45-54 anos	9	0	9
55-64 anos	3	0	3
≥ 65 anos	0	0	0
Total	49	38	87
%	56%	44%	100%





CONCLUSÕES/CONCLUSIONS:

O olhar para o paciente inteiro exige um crescimento do processo de qualidade do atendimento hospitalar. A importância da informação e da comunicação interna dos serviços de saúde e da construção de uma rede de atenção permite saltar em direção da construção real da assistência e prevenção de um problema tão importante quanto o suicídio. O tratamento adequado dos pacientes após tentativa de suicídio constitui-se importante método de prevenção, pois cerca de 97% dos pacientes que cometem suicídio apresentam alguma doença mental. Entende-se que essa melhoria dos processos de atenção tem impacto direto na necessidade de construção da rede de prevenção da violência auto-imposta.

Qualidade e Segurança

P_205_2011 - Programa de Devolução Espontânea de Medicamentos

Mayara Araujo Dias, Renata Ferreira, Vanusa Barbosa Pinto, Sonia Lucena Cipriano, Marcia de Lúcia de Mário Marin, Ricardo Paranhos Pires Moreira, Carlos Alberto Suslik

Resumo: A assistência farmacêutica vem introduzindo novos processos de trabalho para desafios de saúde pública. A preocupação com a segurança do paciente, a padronização dos processos envolvidos e a responsabilidade socioambiental tornaram-se prioridade. Neste sentido, implantar um programa de devolução de medicamentos pode gerar economia, combater o desperdício e o impacto desse resíduo ao meio ambiente. Baseado na literatura e em ferramentas de gestão para qualidade foi elaborado o Programa de Devolução Espontânea de Medicamentos na farmácia ambulatorial de um hospital de grande porte. Nossos resultados evidenciaram grande economia gerada com a reintegração destes medicamentos, bem como as respectivas causas da devolução.

Palavras-chave: uso racional, devolução de medicamento, segurança do paciente e economia em saúde.

Introdução

A assistência farmacêutica vem introduzindo novos processos de trabalho em correspondência aos desafios que afligem a saúde pública. A preocupação com a segurança do paciente, a padronização dos processos envolvidos e a responsabilidade socioambiental tornaram-se prioridade, uma vez que essas questões estão colocadas e muito presentes no uso de medicamentos como um dos insumos estratégicos da atenção à saúde (FALQUETO et al., 2008; COMA et al., 2008).

O gerenciamento de resíduos de origem farmacêutica é tema relevante para a saúde, devido às diferentes propriedades farmacológicas dos medicamentos. Essa atenção se justifica pelo fato de que, medicamentos em suas formas intactas podem ser usados indevidamente e ao serem dispersos no ambiente podem se tornar disponíveis ao homem por meio da água, solo e do ar, causando conseqüentemente impactos ao meio ambiente e a saúde pública (Mackridg et al., 2005). Além de contribuir para o meio ambiente, o gerenciamento destes resíduos pode trazer ainda economia para o hospital, com a reintegração de itens devolvidos à instituição, reduzir o consumo inapropriado de medicamentos e auxiliar no processo de farmacovigilância.

Justificativa

A implantação de um programa de devolução de medicamentos, na área da assistência farmacêutica, visa gerar economia no atendimento à saúde, combatendo principalmente o desperdício e o impacto desse resíduo ao meio ambiente.

Estes medicamentos devolvidos, analisados conforme critérios de qualidade e segurança podem ser reintegrados ao estoque, de forma segura, gerando redução de gastos.

Objetivos

Este trabalho teve por objetivo promover ações para reduzir o impacto socioambiental e econômico, na área da assistência farmacêutica, com a devolução de medicamentos dispensados à pacientes em tratamento ambulatorial. Adicionalmente, foram avaliados os motivos das devoluções dos medicamentos, visando a identificação dos possíveis eventos adversos, falta de adesão ao tratamento ou erro de medicação, garantindo assim o descarte correto, o uso racional de medicamentos e a segurança do paciente.

Métodos

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na farmácia hospitalar de um hospital público, de grande porte, geral com especialidades e de atenção terciária. O estudo teve duração de três anos, sendo seu início em janeiro de 2008, e término em dezembro de 2010.

Na elaboração do planejamento estratégico da farmácia hospitalar acrescentou-se o plano de ação – “Promover ações para reduzir os impactos ambientais de produtos, processos e instalações”, que se reporta a responsabilidade socioambiental.

Para o desenvolvimento do plano de ação utilizou-se as ferramentas de gestão para qualidade:

- 5W2H (o que, como, com quem, por que, quando, onde e quanto custa), que é instrumento importante para a sistematização da execução de um plano de ação (CIPRIANO et al 2009). Esta ferramenta foi utilizada para definir as etapas do processo com prazos e valores estabelecidos;

- Ciclo PDCA (do inglês: plan, do, check e action), o qual é utilizado para o controle do processo, com o objetivo de planejar, executar, verificar e atuar corretamente (MATA-LIMA, 2007). Neste trabalho, esta ferramenta foi utilizada para estabelecer metas, procedimentos e avaliação do Programa de Devolução Espontânea de Medicamentos.

Etapas do estudo

- Realizou-se o levantamento e análise de experiências semelhantes;
- Estabeleceram-se os critérios e a sistemática para inspeção visual da estabilidade dos medicamentos;
- Elaborou-se o formulário para o registro da devolução, identificando os motivos, com especial preocupação em caracterizar as ocorrências de erros na dispensação, de não adesão ao tratamento e de efeitos adversos;
- Definiram-se os indicadores de desempenho para monitoramento dos resultados, de acordo com o proposto por Cipriano (2009).
- Capacitou-se da equipe técnica para análise do medicamento e entrevista com o paciente.

Os itens aprovados na inspeção visual foram registrados em planilha eletrônica no Microsoft Excel, onde foram alimentadas mensalmente as informações:

- Nome genérico;
- Nome comercial;
- Quantidade em unidades;
- Valor unitário (Segundo valor de compra da planilha orçamentária – em reais R\$);
- Valor total.

Motivos da devolução

Os motivos da devolução dos medicamentos foram avaliados por meio de entrevista com o paciente no ato da devolução, utilizando o formulário descrito no Quadro 1, constando os seguintes dados:

- Identificação do paciente;
- Motivos da devolução;
- Condições de armazenamento;
- Identificação do responsável pelo preenchimento;
- Data do preenchimento.

Quadro 1: Formulário de Devolução de Medicamentos

FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS		Nº:
1. Identificação do Paciente		
Nome:		Sexo () F () M
RG:		Telefone:
2. Motivo da Devolução dos Medicamentos		
() Óbito	() Medicamento vencido	() Alteração da prescrição
() Erro de Dispensação () Digitação / Conferência () Separação / Conferência	Medicamento prescrito: _____ Medicamento dispensado: _____	
() Queixa técnica	Preencher o "Formulário de Notificação de Evento Adverso aos Medicamentos"	
() Evento Adverso		
3. Condições de Armazenamento		
Local: _____		
Presença de calor? () Sim () Não	Presença de luz? () Sim () Não	Presença de umidade? () Sim () Não
4. Identificação do Responsável pelo Preenchimento		5. Data

Os dados foram registrados mensalmente em planilha Excel, onde foi efetuada a somatória das causas da devolução e dos valores dos medicamentos reintegrados ao estoque.

Resultados

Após a implantação do procedimento de Devolução Espontânea de Medicamentos pelos pacientes, os seguintes resultados abaixo descritos foram obtidos.

Durante o período de estudo, foram devolvidos ao estoque 1.883.559 unidades de medicamentos, conforme descrito na Figura 1. O total de itens devolvidos durante este período gerou uma economia para assistência farmacêutica de R\$ 1.484.468,24 (Figura 2).

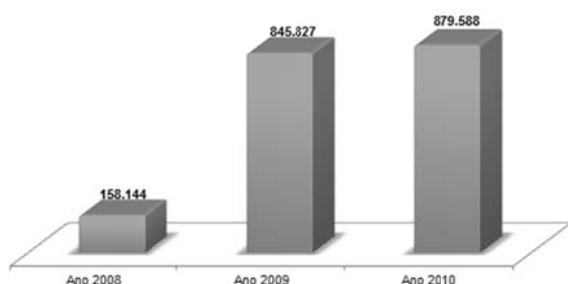


Figura 1: Total de Unidades de Medicamentos Reintegradas ao Estoque

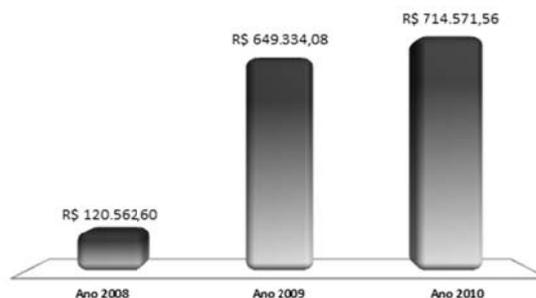


Figura 2: Valor Total de Medicamentos Reintegrados ao Estoque

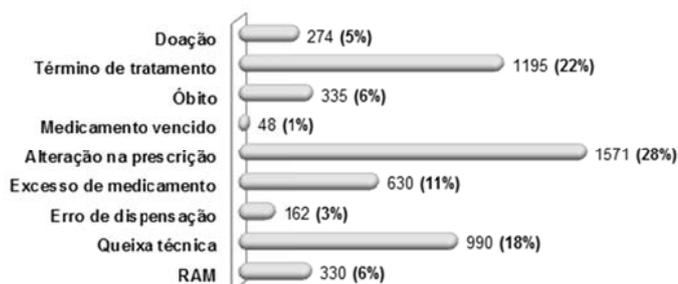


Figura 3: Causas das devoluções de medicamentos

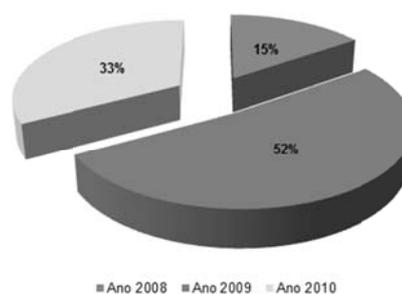


Figura 4: Devolução por alteração na prescrição

As principais causas de devolução de medicamentos observadas neste estudo foram; a alteração da prescrição (28%), o término do tratamento (22%) e a queixa técnica (18%), respectivamente (Figuras 3, 4, 5 e 6).

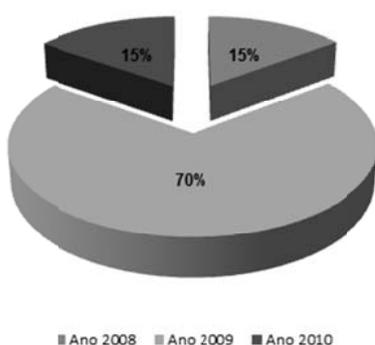


Figura 5: Devolução por término de tratamento

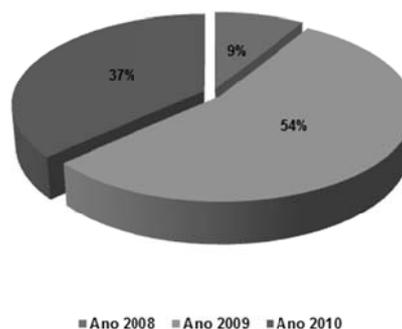


Figura 6: Devolução por queixa técnica

Conclusões

A estruturação do Programa de Devolução Espontânea de Medicamentos trouxe como base três vertentes fundamentais da assistência farmacêutica: a farmacovigilância, a farmacoeconomia e o gerenciamento de resíduos.

Nossos resultados evidenciaram uma grande economia gerada para o hospital com a reintegração ao estoque dos medicamentos devolvidos, os quais foram, após análise de qualidade, novamente disponibilizados aos pacientes.

As três principais causas de devolução de medicamentos identificadas neste trabalho foram relacionadas à prescrição (término e alteração de tratamento) e ao desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica). Além disso, este programa contribuiu para monitorar os processos envolvidos, demonstrado pela alta taxa de devolução por queixa técnica ou relacionados à prescrição médica.

Portanto, a implantação do Programa de Devolução Espontânea de Medicamentos pode diminuir a quantidade de medicamentos com o paciente, reduzir por consequência a automedicação, seu consumo inapropriado, bem como contribuir para o descarte adequado desses resíduos.

Referências

- CIPRIANO SL et al. Estratégias e Ferramentas de Gestão para Qualidade e Resultados. 'In' NOVAES et al. Guia de Boas Práticas em Farmácia Hospitalar e serviços de Saúde. São Paulo: Vide o Verso, 2009.
- CIPRIANO SL. Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na Farmácia Hospitalar com foco na comparabilidade. [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2009.
- Coma A, Modamio P, Lastra CF, Bouvy ML, Marino EL. Returned medicines in community pharmacies of Barcelona, Spain. *Pharm World Sci* 2008; 30:272-277.
- FALQUETO E, KLIGERMAN DC, ASSUNÇÃO RF. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos?. *Ciênc. saúde coletiva*, p.3283-3293, 2010.
- Mackridg AJ, Marriot A, Daniszewki R. An analysis of returned medicines in primary care. *Pharm World Sci*. 2005;27: 296-296.
- MATA-LIMA, H. Aplicação de Ferramentas da Gestão da Qualidade e Ambiente na Resolução de Problemas. Apointamento da Disciplina de Sustentabilidade e Impactos Ambientais. Universidade da Madeira, Portugal, 2007.

Indicadores Assistenciais

P_206_2011 - Programa de Redução da Média de Permanência Hospitalar na Santa Casa de Montes Claros-MG

Polyanna Freitas de Oliveira Azevedo, Kátia Cristiane da Soledade Dias, Mirela Lopes de Figueiredo, Shirley Ribeiro Santos Lima

Resumo: Este artigo objetivou identificar o resultado que o Programa de Controle de Permanência proporcionou à Santa Casa de Montes Claros em relação à Média de Permanência Hospitalar. A metodologia utilizada associou-se entre a pesquisa descritiva, documental e bibliográfica. O resultado demonstrou uma redução da média de permanência de 6,40 para 5,42 dias; aumento de 10,17% nas internações/mês, e um crescimento de 11% no número de altas/mês, além de apresentar uma redução de 2.537 diárias excedentes ao longo dos 4 meses. Evidenciou-se que o programa impactou significativamente na redução da permanência e, que há possibilidades de se obter resultados ainda melhores.

Palavras-chave: Média de permanência hospitalar; programa de redução; controle de permanência.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, com a expansão tecnológica e a globalização, o mundo tem se apresentado dinâmico e com transformações profundas, especialmente, no contexto organizacional, fazendo com que todas as atividades busquem por diferenciais para serem competitivas, especialmente, quando a atividade está voltada para disponibilização de produtos e/ou serviços.

Acrescenta-se que além do contexto dinâmico advindo do avanço tecnológico e globalização é necessário apontar que o aprimoramento científico da medicina trouxe uma mudança no perfil etário, aumentando a expectativa de vida da população. Esse fator interfere sobremaneira no desempenho das instituições de saúde, especialmente as instituições hospitalares credenciadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, que atendem um público com extremas carências sociais. O envelhecimento populacional acrescido do aumento de incidência de doenças crônicas e de deficiências sócio culturais, interferem diretamente na performance do indicador de resultado institucional média de permanência hospitalar.

Esse fato, ao longo do tempo, tem gerado complexidades, ampliando as filas de pacientes e dificuldades de alocação para internações daqueles que realmente necessitam, em razão do que se pode chamar de desperdícios em internações, tais como: internações desnecessárias e extrapolação do tempo de internação autorizado pelo SUS e, conseqüentemente, sobrecarga dos leitos disponíveis e prejuízos financeiros para a instituição hospitalar, que não recebe do órgão conveniado, valores além daqueles autorizados.

Assim, ciente de que a Administração, também, significativamente evoluída, vem criando novos mecanismos inseridos nos seus princípios fundamentais que são: planejar, organizar, dirigir e controlar, a direção da Santa Casa de Montes Claros, procurou lançar mão e associar alguns desses mecanismos como Sistema Lean, cultura corporativa e valores adjacentes, no sentido de reduzir a média de permanência hospitalar, com o intuito de ampliar com qualidade e resolubilidade a taxa de ocupação hospitalar e rotatividade do leito.

Nessa perspectiva a Santa Casa de Montes Claros, a partir de um projeto de pesquisa e um estudo exaustivo, implantou a partir de setembro de 2010 o Programa de Controle de Permanência. Assim, o objetivo do estudo é identificar e apresentar o resultado que o Programa proporcionou para a Santa Casa de Montes em relação ao desempenho desse indicador.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo constituiu-se a partir de dois fundamentos, ou seja, quanto ao objetivo proposto e quanto aos procedimentos desenvolvidos. Quanto ao objetivo o método foi a pesquisa descritiva, que buscou descrever os fenômenos ocorridos a partir da implantação do Programa de Controle de Permanência na Santa Casa de Montes Claros. Quanto aos procedimentos, a metodologia teve a associação da pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica (LAKATOS; MARCONI, 1995). A primeira fundada na utilização de materiais (documentos) de primeira mão que não receberam ainda um tratamento analítico e a segunda, em uma revisão de literatura, associando alguns autores em razão dos temas estudados como: Werkema (2006) sobre a filosofia Lean abordando a eliminação de desperdícios e consecução de velocidade na empresa; Johann (2004) abordando a importância dos valores adjacentes; entre outros.

O presente trabalho foi elaborado a partir do levantamento diagnóstico das diárias extrapoladas à autorização da Tabela SUS, pelo Hospital Santa Casa de Montes Claros, resultantes da longa permanência dos pacientes internados, e das possíveis causas que podem agravar essa situação.

A idéia foi de associar em um mesmo estudo, alguns mecanismos, princípios e filosofias administrativas, no sentido de garantir, com utilização dos recursos existentes, melhoria nas funções de planejar, organizar, dirigir e controlar, otimizando os resultados operacionais.

3 DESEMPENHO COM BASE NA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

De acordo com Silva et al. (2002), um dos indicadores não-financeiros que pode ser utilizado para avaliar o desempenho dos hospitais sob aspectos qualitativos e quantitativos, é o tempo médio de permanência que, segundo definição do Ministério da Saúde (2002) é a relação entre o número de pacientes-dia durante determinado período e o de pacientes saídos (altas + óbitos) durante o mesmo período.

O tempo médio de permanência tem como consequência o impacto direto tanto na receita hospitalar, quanto nos custos. Na receita porque a tabela unificada de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece limites de diárias (permanência) para cada procedimento e caso esse limite seja ultrapassado, o hospital não recebe a compensação financeira equivalente pelas diárias excedidas. Nos custos, porque para cada dia de internação a mais do que o número autorizado pela tabela do SUS, tem-se um custo de paciente-dia, que é o valor correspondente a todos os gastos com o paciente em um dia de internação. Ressalta-se, que esse valor não é integralmente recuperado, uma vez que não há pagamento integral pelo sistema, em casos de permanências a maior (SILVA FILHO; COSTA, 2002).

Conforme o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar, a permanência a maior é a designação do sistema para os casos em que o paciente necessite permanecer internado, após o período definido no SIGTAP, para a média de permanência do procedimento principal que determinou a internação. O registro de permanência a maior é feito quando o período de internação ultrapassa o dobro dos dias previstos na tabela SIGTAP (BRASIL, 2009).

Nesse aspecto, os dias superiores àqueles pactuados, além de gerar impactos nos custos e na receita hospitalar, gera também “gargalo” na demanda de internações, produzindo o que se pode chamar de “fila de espera” e conseqüentes aglomerações de pacientes, inclusive nos serviços de Urgência/Emergência dos estabelecimentos de assistência à saúde. Isso, certamente, impõe às instituições a necessidade de reformular o gerenciamento da taxa de ocupação hospitalar e da demanda reprimida, com emprego de métodos administrativos já testados.

4 ASSOCIAÇÃO ENTRE O LEAN E OS NOVOS VALORES ADJACENTES

Ao longo do tempo, a centralidade do sistema de controle gerencial foi de prover os gestores de informações com maiores consistências formais, com o intuito de auxiliá-los nas tomadas de decisões. No entanto, um segmento que sempre esteve sob a mira das análises trata-se das dimensões comportamentais, que, de alguma forma

acaba por influenciar e interferir no desempenho desse sistema nas organizações. Até porque, toda organização é constituída de pessoas e, nesse caso, o comportamento dessas pessoas interfere nas metas estabelecidas (FERREIRA; OLIVEIRA; GOMES, 2011).

Desde então, a literatura abordando o sistema de controle gerencial, vem implementando reflexões no que diz respeito ao contexto humano, cultural e social, cujos temas permeiam os aspectos antropológicos, sociológicos, psicológicos, entre outros e, que, segundo Ferreira; Oliveira; Gomes (2009) autores como Flamholtz (1996); Gomes e Sallas (2001), Hofstede (1981 e; Nixo e Burns (2005), explicam os fatos, a partir da importância do sistema de controle gerencial; da integração lógica de técnicas para tomada de decisões; da promoção de uma identidade entre os objetivos dos membros da organização e os da organização como um todo.

Daí o surgimento do Lean, formalizando em seu aspecto conceitual os métodos de melhoria da velocidade de processo e da complexidade (GEORGE, 2004).

Originariamente, Werkema (2006), esclarece o Lean, como sendo uma iniciativa que busca eliminar desperdícios, excluindo aquilo que não tem valor para o cliente e garantir velocidade à empresa. O lean tem como característica fundamental o fato de poder ser aplicado a todo tipo de trabalho, portanto uma denominação mais apropriada seria Lean Operations (Operações Enxutas) ou Lean Enterprise (Empresa Enxuta).

O fato de que os setores produtivos das organizações tomaram a produtividade como uma palavra de ordem, no sentido de manter a competitividade no mercado é inquestionável. Todavia a otimização dos processos que era vista como um requisito de liderança organizacional, passou a ser uma questão de sobrevivência mercadológica. Em função disso Beppu (2011) esclarece que o fazer certo foi substituído pelo fazer certo da primeira vez e este, suplantado pelo fazer certo da primeira vez com o menor custo possível.

Com essa perspectiva, nas últimas décadas, ampliaram-se, em muito, tanto os programas de qualidade e produtividade, quanto as ferramentas destinadas a esse mesmo fim.

O método Lean Operations ou Lean Enterprise, representa a necessidade de se utilizar de medidas que quantifiquem os resultados e, subsequentemente, classifique-os no contexto da velocidade e da eficiência. Na verdade é muito importante, por reunir em um mesmo mecanismo instrumentos administrativos. Segundo Werkema (2006) os principais tipos de métricas, são diversificados como: Tempo de ciclo; Lead Time; Tempo de Agregação de Valor (TAV – Value Added Time); Eficiência do Ciclo de Processo (PCE – Process Cycle Efficiency); Trabalho em Processo (WIP – Work in Process); Taxa de Saída, entre diversos outros.

O método lean possibilita a interação de outros métodos como: Kaizen (reproduzindo cada vez mais e melhor a satisfação do cliente), Kamban (solicitando componentes necessários para o processo produtivo, de outras equipes da mesma linha de produção), padronização (o método usado para indicar os procedimentos para execução das tarefas de um processo), 5S (método cujo objetivo é promover e manter a limpeza e a organização das áreas de trabalho), redução de Setup (procura disponibilizar alternativas para o alcance da capacidade produtiva ideal); manutenção produtiva total (conjunto de procedimentos que objetivam garantir que os equipamentos de um processo produtivo estejam capazes para executar as tarefas necessárias) e poka-yoke (conjunto de procedimentos e/ou dispositivos cujo objetivo é detectar e corrigir erros em um processo antes que esses erros se transformem em defeitos (WERKEMA (2006).

Reportando-se aos valores adjacentes da cultura empresarial, que é ponto central deste trabalho, Johann (2004, p. 14), sugere um conceito que se traduz no significado de que tais valores são:

[...] valores culturais que vão sendo agregados à cultura da empresa, no decorrer de sua trajetória e evolução, são denominados valores adjacentes. Sua função, em princípio, é fornecer respostas às mudanças que a empresa enfrenta no seu ambiente macro-organizacional, possibilitando-lhe um reposicionamento cultural frente a novas situações e desafios.

Pode-se dizer, com base na citação, que novas situações e desafios empresariais são fenômenos que não faltam em qualquer empresa. É certo que alguns têm maiores e outros menores impactos.

Consoante ao objetivo preconizado, às filosofias citadas e considerando-se, que a alta permanência hospitalar é um fator crítico para qualquer hospital, faz-se necessária uma intervenção efetiva capaz de envolver todos os setores da Instituição que impactam na média de permanência dos pacientes. Envolvimento este que busquem além da otimização dos recursos, critérios de eficácia, eficiência, e efetividade.

5 RESULTADOS

Na Santa Casa de Montes Claros, a qualidade dos serviços é prioridade, sendo impulsionada por diversos fatores como o elevado custo da assistência à saúde, e a conseqüente necessidade de redução dos gastos, e a permanência hospitalar tem influência direta com essa problemática. Então, a partir da necessidade de melhoria da qualidade, e da busca pela auto-sustentabilidade, o Hospital optou por trabalhar a redução da média de permanência hospitalar, e o primeiro passo a ser seguido foi o levantamento histórico do número de diárias excedentes, que a Tabela do SUS não cobre, e que acabam se transformando em prejuízo para o Hospital.

Posteriormente, levantou-se algumas causas que poderiam ter como conseqüência o aumento da permanência hospitalar:

- Ausência de protocolos clínicos e adesão aos mesmos, ocasionando divergências de condutas terapêuticas;
- Ausência de planejamento entre internação, atendimento cirúrgico e ambulatoriais;
- Ausência de sistemática para programação da alta hospitalar;
- Suspensão e adiamento dos procedimentos cirúrgicos, por diversos motivos;
- Ausência de um sistema de auditoria ativa para avaliação do tempo de internação;
- Demora na realização e/ou entrega de resultados de exames diagnósticos;
- Ausência de avaliação entre o tempo de solicitação e execução de exames;
- Ausência de sistematização pontual do gerenciamento de leitos;
- Remarcação de exames e demora na realização de interconsultas;
- Infecção Hospitalar;
- Agravamento na evolução do paciente.

5.1 Realidade apresentada pela Santa Casa

Para que fosse possível estabelecer metas para as Unidades de Internação, foi realizado um levantamento Histórico, das diárias extrapoladas na Santa Casa no período de janeiro de 2009 a abril de 2010, obtendo-se como média mensal 3.632 diárias extrapoladas, como apresentado a seguir na tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição das diárias extrapoladas por Unidade de Internação – jan/2009 – abr/2010

Unidade de Internação	Diárias excedentes
Pediatria	10120
Enfermaria Dr. Carlos Versiani	9365
Antiga Enfermaria Masculina II	7688
Enfermaria de Homens	7387
Clínica Cirúrgica Feminina	5913

Maternidade Enfermaria	4427
Enfermaria Intern. Virtual	2797
Enfermaria Convênios/ C. Plástica	2541
CTI Neonatal	2192
Enfermaria Masculina II	1609
CTI Geral	1202
Ala de Apartamentos III	689
Ala de Apartamentos Maternidade	643
Enfermaria São José	615
Berçário	524
CTI Coronariano	330
Maternidade II	59
Ala Apartamentos I	18
Total de Diárias	58119
Média Geral	3632

Fonte: Sistema MV 2000i – Hospital Santa Casa de Montes Claros

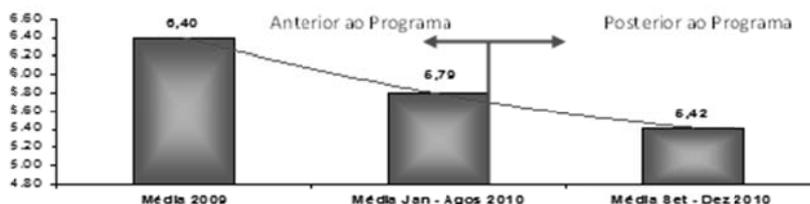
A partir desse levantamento, estabeleceu-se como meta a redução de 70% dessas diárias para cada Unidade de Internação, assim a meta seria não ultrapassar 1.090 diárias/mês. Para tanto, foram definidos alguns procedimentos. Inicialmente, para que se pudesse apurar, controlar e diminuir a média de permanência de internação hospitalar, implantou-se uma comissão de controle interno, para desenvolver diversas ações discutidas entre o grupo de facilitadores, criando-se a rotina de trabalho. A comissão foi composta por: um coordenador (Diretor do Hospital), um supervisor (Enfermeira responsável pelo Escritório da Qualidade), um Médico Auditor, uma Enfermeira e uma Analista. Essa comissão formulou diversos fluxogramas de atividades que deveriam ser seguidas por toda equipe de saúde, fundamentados em oito etapas, conforme Quadro 1:

Quadro 1 – Etapas diretrizes de planejamento, organização e controle da permanência hospitalar.

Etapas	Proposta	Ação
1ª	Controle de permanência	Relatório disponibilizado pelo Sistema de Informação, com dados individuais, para acompanhamento pontual de pacientes internados, por unidade, contendo além do período de internação, o número de diárias autorizadas pelo SUS.
2ª	Deteção dos pacientes com permanência limite	Trabalho pro ativo identificando pendências relacionadas ao paciente (resultados de exames, avaliações médicas entre outros) evitando o extrapolamento da permanência.
3ª	Deteção dos problemas e dificuldades encontradas	Discussão entre membros da equipe de enfermagem sobre os problemas encontrados, levantando novas sugestões e elaboração de novas metodologias efetivas.
4ª	Equipe de Enfermagem como ponto central de acompanhamento da permanência	Estabelecimento de sistemática de análise diária em três momentos específicos para intervenção e controle das pendências.
5ª	Estabelecer prioridades e tempo máximo previsto para procedimentos	Interação entre setores, para redução do impacto da permanência hospitalar.
6ª	Divulgação da previsão de alta	Informação prévia de alta a todos os setores envolvidos, para o planejamento da mesma, evitando o extrapolamento da permanência dos pacientes.
7ª	Notificar pendências	Acompanhamento do fluxograma de pendências, observando os casos não resolvidos dentro de 24 horas e informar aos diretores técnicos e clínicos para devidas soluções.
8ª	Metodologia de acompanhamento diário do "Painel de Controle"	Sistematização de um painel de controle, contendo o número de diárias utilizadas por cada paciente internado, para acompanhamento e intervenção, com objetivo de evitar o extrapolamento das diárias autorizadas pelo SUS.
9ª	Controle e acompanhamento dos resultados	Ao final de cada mês apura-se e analisa-se os resultados alcançados, discutindo-os em relação à meta proposta.

Com base nas determinações e centrando-se na meta estabelecida, verificou-se que a implantação do Programa de Controle de Permanência trouxe efeito positivo, conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Média de Permanência Hospitalar - 2010



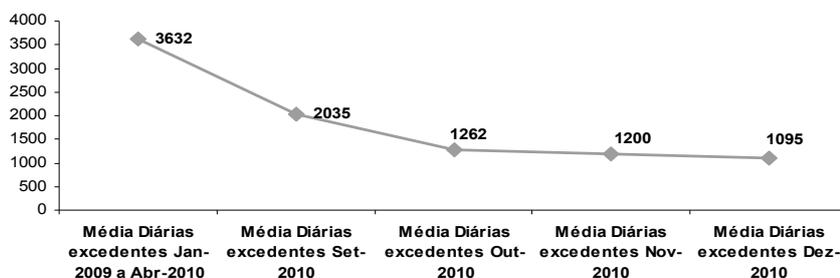
Fonte: SAME – Hospital Santa Casa de Montes Claros

O Gráfico 1 demonstra uma redução gradual da média de permanência geral da Santa Casa de Montes Claros a partir do mês de Setembro, quando iniciaram as ações pontuadas no Quadro 1. Percebe-se que houve uma redução de uma média histórica de 6,40 para 5,42 dias na média de permanência, o que demonstra resultado favorável da metodologia de trabalho apresentada.

Ressalta-se que outros dados, também impactados, foram relevantes e que ora passam a ser informados. Pois a partir da implantação do programa evidenciou-se que o número de internações/mês aumentou em média em 10,17%, ou seja, houve um crescimento de aproximadamente 110 internações/mês. Esse resultado demonstra um crescimento das internações/dia a partir de Setembro, de 35,58 para 39,06, o que significa aumento de 3,48 internações por dia, com a mesma capacidade instalada.

Confirmando os resultados do programa implantado, pôde-se evidenciar ainda um crescimento em média de 11% no número de altas/ mês no mesmo período.

Gráfico 2 – Comparativo entre as médias de diárias excedentes



Fonte: Sistema MV 2000i / Programa Controle de Permanência Hospitalar

Corroborando com os dados anteriores, o gráfico 2, ainda revela que ao longo dos quatro meses de implementação do Programa, o Hospital se encontra a 4 diárias apenas, para o atingimento da meta, o que demonstra o sucesso das ações efetivadas.

5 CONCLUSÃO

Os dados apresentados, demonstram que, conforme a essência do proposto percebe-se um impacto significativo na redução da permanência hospitalar. Levando-se em consideração o curto período de tempo de implementação das ações, evidencia-se que após um período maior de aplicabilidade do programa, há grandes possibilidades de se obter um resultado ainda mais significativo do que o encontrado até então.

Referências

- BEPPU, Marisa Masumi. A adaptação do Seis Sigma no Brasil: Barreiras e novas oportunidades. <<http://www.auctus.com.br/v2/SeisSigmaBrasilBeppu.PDF>> Acesso em: 01.Jan.2011.
- BRASIL. Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. – Versão 1, 2009.
- CAVALCANTI, Marly; LIMA, Madalena Oliveira. Estudo Exploratório da Influência dos Valores no Desempenho Empresarial. SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia 1. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos09/38_Estudo_da_influencia_dos_valores_nas_organizacaoes.pdf> Acesso em: 08.Jan.2011.
- FERREIRA, Mariana Alves; OLIVEIRA, Robson Ramos; GOMES, Josir Simeone. O Impacto da Internacionalização no Sistema de Controle Gerencial de uma empresa do ramo da moda e do vestuário com a adoção da Filosofia Lean Manufacturing: O Caso Marisol. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/12semead/resultado/trabalhosPDF/367.pdf>>. Acesso em: 15.Jan.2011.
- GEORGE, Michael L. Lean Seis Sigma para Serviços: como utilizar velocidade Lan e qualidade Seis Sigma para melhorar serviços e transações. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.
- JOHANN, Sílvia Luiz. Gestão da cultura corporativa. Como as organizações de alto desempenho gerenciam sua cultura organizacional. São Paulo: Saraiva, 2004.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas, 1995.
- PORTO, Juliana Barreiros; TAMAYO, Álvaro. Valores organizacionais: sua relação com satisfação no trabalho, cidadania organizacional e comprometimento afetivo. Revista de Administração Contemporânea. v. 33, n. 3, pp. 56-63, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-65552005000100003&script=sci_arttext> Acesso em: 02.Jul.2010.
- SILVA FILHO, Juacy Cavalcante da; COSTA, Margarida Alves Eloy da. Alternativa de Redução de Custos Hospitalares Através da Redução da Média de Permanência em um Hospital Público de Urgência e Emergência na Área do Trauma. Universidade Federal do Ceará – UFC, 2004.
- SILVA, Edwin Pinto de La Sota; COSTA, Patrícia de Souza; TIBÉRIO, Camem Sylvia Borges. Gestão Estratégica de Custos: Estudo de Caso Aplicado A Hospitais Universitários. Brasília, 2002.
- WERKEMA, Maria Cristina Catarino. Lean Six Sigma: Introdução às ferramentas do Lean Manufacturing. Belo Horizonte: Werkema, 2006.

Qualidade e Segurança

P_207_2011 - Auditoria de Enfermagem na Busca da Acessibilidade entre o Custo e a Excelencia da Qualidade: Uma Revisão Integrativa

Polyanna Freitas de Oliveira Azevedo, Cléa Márcia Athayde Silva

Resumo: A auditoria em enfermagem representa a avaliação sistemática da assistência prestada ao cliente pela análise dos registros dos prontuários. O presente estudo objetivou identificar e analisar opiniões de especialistas acerca da auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, onde foram analisados oito artigos, interpretados com base na Análise de Conteúdo. Os resultados revelaram que a efetivação da auditoria de enfermagem além de trazer benefícios financeiros-gerenciais, subsidia a avaliação da qualidade da assistência oferecida ao cliente, uma vez que o enfermeiro pode atuar sugerindo mudanças de rotinas organizacionais, levando em consideração as transformações ocorridas nas organizações de saúde de um modo geral, focando sempre suas metas e objetivos.

Descritores: Auditoria; Assistência de Enfermagem; QualidadeOuvilEr foneticamente

1 INTRODUÇÃO

Atualmente no setor de saúde, a qualidade dos serviços passou a ser prioridade, sendo impulsionada por diversos fatores como o elevado custo da assistência à saúde, a conseqüente necessidade de redução dos gastos, o aumento dos processos judiciais, a maior exigência de qualidade por parte dos usuários e a precisão de melhor organização dos serviços¹.

Para garantir a qualidade dos serviços prestados aos clientes, grandes empresas têm se preocupado em utilizar a auditoria de forma contínua em suas organizações, visto que os clientes estão cada vez mais convictos de seus direitos².

Considera-se a auditoria importante, para subsidiar o planejamento das ações de saúde, sua execução, gerenciamento e avaliação qualitativa dos resultados. No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde validou essa atividade em 1990 com a Lei nº 8080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceu a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA. E em 1993, a Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, criou o SNA e estabeleceu como sua competência, o acompanhamento, a fiscalização, o controle e a avaliação técnico científica, contábil, financeira e patrimonial das ações dos serviços de saúde³.

Historicamente, a atividade de auditoria foi introduzida pelos administradores de indústrias como auditoria contábil. No entanto, no setor de saúde, a primeira auditoria foi realizada em 1918 com o objetivo de avaliar a prática médica. Inicialmente, essa atividade se caracterizava como uma ação policialesca, mas aos poucos, foi recebendo nova conotação⁴.

Percebe-se que existe no Brasil, uma idéia equivocada sobre a finalidade da auditoria em saúde, onde se pensa ser essa uma atividade contábil/financeira, estritamente burocrática. No entanto, embora essa percepção seja a mais encontrada, existem profissionais que se preocupam em analisar a qualidade da assistência prestada aos pacientes e os processos internos das instituições 16.

Algo importante que vem ocorrendo nas organizações de saúde é a incorporação da gestão da qualidade em seus serviços, a partir do surgimento de sistemas avaliativos como o da acreditação hospitalar, que é um sistema de avaliação externa que avalia se o serviço contempla padrões previamente estabelecidos para segurança e qualidade dos usuários 16. O sistema de acreditação hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, realizado de forma voluntária, periódica e reservada, que visa garantir a qualidade da assistência prestada por meio de padrões em grau e complexidade crescente, previamente aceitos que orientam esta avaliação 18. Diante do exposto, a escolha do tema se deu em virtude do interesse em buscar aptidão na área pesquisada, aliada à relevância da temática, que serve de subsídio para a busca da excelência da qualidade dos serviços prestados.

Segundo a concepção de Santos 5 (2004, p. 5), auditoria “é a atividade de exame e avaliação de procedimentos, processos, sistemas, registros e documentos, com o objetivo de aferir o cumprimento dos planos, metas, objetivos e políticas da organização”. No âmbito da saúde, o objetivo da auditoria é a garantia da qualidade da assistência prestada e o respeito às normas técnicas, éticas e administrativas, previamente estabelecidas pela Instituição. Portanto, atribui-se ao auditor as tarefas de: analisar prontuários, observando os exames, medicação prescrita e a evolução do caso; analisar a necessidade de permanência do paciente em regime de internação; manter contato com o médico assistente para maior conhecimento do caso; apoiar o médico assistente nas suas diversas necessidades em relação a pareceres, exames especializados; adequar, quando necessário, a melhor unidade hospitalar ao tipo de assistência que o paciente necessite 6.

Conforme esclarecimento de Santos 5 (p. 62), são três as modalidades de auditoria:

1. Pré-auditoria ou Auditoria Prospectiva: trata-se da avaliação dos procedimentos médicos antes de sua realização. Exemplo: emissão de um parecer, pelo médico auditor da operadora de plano de saúde, sobre um determinado tratamento ou procedimento, sendo que cabe a ele por meio de conhecimento dos contratos e legislação, mais perícia, recomendar ou não o procedimento.

2. Auditoria Concorrente ou Pró-ativa ou Supervisão: trata-se da análise pericial ligada ao evento no qual o cliente está envolvido. Exemplo: acompanhar o processo de atendimento ao cliente ainda internado.

3. Auditoria de Contas Hospitalares ou Retrospectiva ou Revisão de Contas: trata-se da análise pericial dos procedimentos médicos realizados, com ou sem a análise do prontuário médico. Exemplo: análise de contas interna ou externamente após seu fechamento, ou seja, alta do paciente.

De acordo com a Lei, nº 7948/86 de diretrizes profissionais, o decreto nº 94406/87 que regulamenta essa lei, e a resolução 266 de 05 de outubro de 2001, do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, cabe ao enfermeiro, enquanto auditor no exercício de suas atividades, organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de enfermagem; devendo ainda ter uma visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico – econômico – financeira, visando sempre o bem estar do ser humano 7.

A auditoria em enfermagem representa a avaliação sistemática da assistência prestada ao cliente pela análise dos registros dos prontuários, acompanhamento do cliente desde o momento da internação, e verificação da compatibilidade entre os procedimentos realizados e os itens cobrados na conta hospitalar, garantindo justa cobrança e pagamento adequado à Instituição 5. Essa auditoria propõe a avaliação e a revisão detalhada de registros clínicos selecionados por profissionais qualificados para verificação da qualidade da assistência, tornando-se uma atividade dedicada à eficácia de serviços 8.

Sabe-se que para a auditoria, o prontuário é a principal fonte de dados, pois reflete a assistência prestada ao cliente, com aplicabilidade científica, jurídica e educacional, por isso, faz-se necessária a atuação do enfermeiro auditor na análise dos registros, focando os pontos críticos identificados. Com base nessa identificação, ele pode direcionar toda a equipe multiprofissional, através da educação continuada, garantindo desta forma, qualidade na assistência e melhor desenvolvimento da instituição 1.

Seguindo o objetivo da pesquisa, faz-se um comparativo entre auditoria de cuidados e auditoria de custos. Entende-se como auditoria de cuidados, a avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente. A partir dos dados fornecidos pela Auditoria à equipe de enfermagem, pode-se avaliar a assistência prestada aos clientes, favorecendo o processo educativo dos envolvidos. Já a auditoria de custos, como afirma Rodrigues et al (2005, p.3), “têm como finalidade conferir e controlar o faturamento, verificar exames e procedimentos realizados, efetuar visitas de rotina a pacientes internados cruzando as informações recebidas com as que constam no prontuário do paciente”; além de analisar estatísticas, indicadores, conferir os sistemas de faturamento das contas, e elaborar processos de glosas contratuais e administrativas 19.

Portanto, este estudo justifica-se pela necessidade de fundamentar a importância da auditoria de enfermagem no ambiente hospitalar, bem como instigar uma reflexão dos profissionais enfermeiros acerca da necessidade de conhecer o seu papel no processo de auditoria. E seu objetivo é identificar e analisar as opiniões de especialistas acerca da auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde no ambiente hospitalar.

2 METODOLOGIA

Para atingir o objetivo proposto foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que pode ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas: escolha do tema, levantamento bibliográfico, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca de fontes, leitura do material, tomada de apontamentos, confecção de fichas, construção lógica do trabalho e redação do relatório. A vantagem deste tipo de estudo reside no fato de permitir investigar uma ampla gama de fenômenos por meio de pesquisa em materiais já elaborados, possibilitando o aprimoramento de idéias e conceitos, sendo constituídos de livros de leitura corrente, artigos científicos, teses e dissertações, periódicos de indexação, e anais de encontros científicos de bases de dados digitais 9.

Este estudo baseou-se na pesquisa de artigos publicados no período de 2003 a 2010, em periódicos científicos nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), que apresentam periódicos nacionais com artigos pertinentes ao tema, sendo eles: Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Nursing, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Texto & Contexto – Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP e Revista RENE.

Para estabelecer a amostra do estudo foram selecionados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DECS): Auditoria, assistência de enfermagem, e qualidade. E para a coleta de dados, foram analisadas publicações entre o período de 2003 a 2010 sendo realizado esse levantamento de referências no mês de outubro de 2010.

Durante a coleta foi elaborado pelas autoras um instrumento com tópicos como: ano da publicação, periódico, objetivos e resultados encontrados que permitiram selecionar de forma adequada os artigos que respondessem ao objetivo proposto. Em um primeiro momento da coleta, foram identificados 16 artigos dos quais foram selecionados 8 que respondiam ao objetivo deste estudo e também atendiam os critérios de inclusão: estar disponível gratuitamente; texto completo; estar em português. Posteriormente, foram realizadas leituras cuidadosas do material selecionado extraindo conceitos abordados, de acordo com o objeto do estudo, comparando-os e agrupando-os sob a forma de categorias empíricas tendo como referência a análise de conteúdo mediante correlação com a revisão de literatura utilizada, através dos passos de: ordenação de dados, classificação dos dados e análise interpretativa 10.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos periódicos no período delimitado nos permitiu a identificação de oito artigos. O maior número deles foi encontrado na Revista Brasileira de Enfermagem, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática de auditoria de enfermagem, no período de 2003 a 2010.

PERIÓDICOS / NÚMERO DE ARTIGOS	AUTORES	ANO	TÍTULO
Revista Texto & Contexto – Enfermagem 1 Artigo	Scarpato et al.	2010	Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde.
Revista da Escola de Enfermagem da USP 1 Artigo	Pinto e Melo	2010	A prática da enfermeira em auditoria em saúde
Revista Brasileira de Enfermagem 3 Artigos	Costa et al.	2004	Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional
	Faraco e Albuquerque	2004	Auditoria do método de assistência de enfermagem
	Scarpato e Ferraz	2008	Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos
Acta Paulista de Enfermagem 1 Artigo	Setz e D'Innocenzo	2009	Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria
Revista Eletrônica de Enfermagem 1 Artigo	Camelo et al.	2009	Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura
Revista RENE 1 Artigo	Scarpato et al.	2009	Abordagem conceitual de métodos e finalidade da auditoria de enfermagem

Fonte: Pesquisa bibliográfica – Revista Eletrônica de Enfermagem, outubro/2010.

A análise dos artigos referentes à temática, possibilitou o agrupamento dos dados em quatro categorias: “auditoria em enfermagem - contribuindo para assistência e custo”, “auditoria - subsídio para excelência da qualidade de assistência”, “desafios para a efetivação da auditoria em enfermagem” e “o trabalho do enfermeiro auditor”.

3.1 Auditoria em enfermagem - contribuindo para assistência e custo

Um dos artigos elaborados por Scarpato et al. (2009), enfatiza que a partir da década de 20, com a criação dos primeiros Cursos de Enfermagem, os enfermeiros passaram a assumir posições administrativas no contexto hospitalar. E esse papel acabou se fortalecendo ao longo dos anos com a forte atuação do enfermeiro em atividades relacionadas à área administrativa. Contudo, nos dias de hoje, apesar de se ter aumentado a preocupação com o papel do enfermeiro na sociedade atual, tendo em vista a garantia da qualidade da assistência prestada aos cidadãos, pode-se dizer que esse cenário ainda não foi alterado¹¹.

No entanto, ao analisar os resultados de suas pesquisas, a respeito do assunto, percebe-se que a visão que se tinha anteriormente sobre os enfermeiros auditores têm mudado, em virtude do novo enfoque que se atribui a auditoria de enfermagem, além do controle contábil¹².

Outra publicação de Scarpato et al. (2009), revelou que a exigência por parte das instituições de saúde, da atuação dos enfermeiros e de outros profissionais da saúde na área contábil e financeira, tem o intuito de adequar os custos e otimizar recursos mediante o enfoque empresarial. Sendo que, quando a assistência ao paciente é de má qualidade, os custos da internação aumentam, portanto, cria-se a necessidade de habilitação do enfermeiro auditor para realizar a auditoria agregando à vertente contábil a de qualidade¹³. Costa et al. (2004) ainda acrescentam que essa é uma forte tendência a ser implementada nos próximos anos, uma vez que instituições de saúde com custos otimizados, passam a ter subsídios financeiros para investimentos em sua estrutura, oferecendo assim, suporte para as ações de melhoria da qualidade⁴.

3.2 Auditoria - subsídio para excelência da qualidade de assistência

Para Pinto e Melo (2010), a prática da auditoria de enfermagem pode se constituir em uma intervenção de relevância, que vá além da função de servir apenas aos interesses das organizações onde atuam, estando inserida em uma política de saúde e num contexto de organização de saúde cuja finalidade explicita o que se espera desta prática, tal como a contribuição para a qualidade da assistência de enfermagem e a atenção à saúde da população de um modo geral¹⁴.

Para Faraco e Albuquerque (2004), a auditoria de enfermagem pode ser considerada como um elemento essencial para mensurar a qualidade da assistência de Enfermagem, oferecendo subsídios aos profissionais para (re) orientar suas atividades, estimulando a reflexão individual e coletiva e nortear o processo de educação permanente¹⁵.

E por fim, outros dois artigos escritos por Scarpato et al. (2009; 2010)^{11- 12}, colocam que, à medida que a auditoria de enfermagem incorporar à sua prática a avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente, conforme tendência apontada para os próximos anos, os métodos para sua realização se modificarão, agregando diferentes maneiras para sustentar a nova realidade. Elas ressaltam que a escolha do método a ser utilizado para a realização da auditoria de enfermagem deverá estar pautada no objetivo da avaliação a que se destina e, nessa perspectiva a função do enfermeiro auditor poderá ser enriquecida e guiada não somente pelas necessidades financeiras da instituição, mas, principalmente, pelas necessidades de saúde dos clientes¹⁶.

3.3 Desafios para a efetivação da auditoria em enfermagem

Camelo et al. (2009), compreendem que para realizar a auditoria de enfermagem, nos dias de hoje, é preciso que se reconheçam as transformações, no plano econômico, político e tecnológicos que vêm passando as organizações de um modo geral, o que não é tarefa fácil e faz com que o campo da auditoria vivencie uma crise profunda. Tendo em vista que a enfermagem passa por uma reforma curricular, entendemos que é momento para reflexão sobre a responsabilidade que as instituições de ensino têm em formar e lançar no mercado de trabalho, profissionais para desempenhar a função de auditor nos serviços de enfermagem e de saúde, que sejam comprometidos com o desenvolvimento de pessoas como forma de fortalecer os objetivos das organizações².

Setz e D'Innocenzo (2009), enfocam que o registro da assistência no prontuário do paciente, abrange diversos aspectos e respalda ética e legalmente o profissional responsável pelo cuidado, assim como o paciente. Quando esse registro é escasso e inadequado compromete a assistência prestada ao paciente assim como a instituição e a equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e da perspectiva de cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro¹⁷.

3.4 O trabalho do enfermeiro auditor

Conforme abordado por Camelo (2009), a auditoria tornou-se um campo de atuação desafiador para os enfermeiros por ser uma variante ainda pouco explorada num setor em constante evolução e aprimoramento. Seu papel está intimamente ligado à necessidade de uniformizar os registros das equipes multiprofissionais, das instituições de saúde, respeitando as diretrizes definidas pela instituição para o preenchimento de documentos².

Suas atribuições objetivam evitar desperdícios, reduzir custos e garantir que todos os procedimentos e equipamentos reembolsáveis utilizados, sejam cobrados nas contas. Sendo esta uma prática condicionada a atender os interesses financeiros de seus contratantes, que pouco se relacionam com a equipe de Enfermagem e com as necessidades do usuário².

Ainda para Camelo (2009, p. 6), “o trabalho do enfermeiro auditor apresenta-se como uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes de enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos”. Portanto, a valorização do enfermeiro auditor torna-se uma realidade nas instituições hospitalares que confiam neste profissional à consolidação do atendimento prestado por suas equipes².

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou identificar os artigos científicos nacionais sobre o processo de auditoria de enfermagem, publicados no período de 2003 a 2010, analisando na produção científica, a relevância da auditoria de enfermagem para a qualidade da assistência com vistas a subsidiar o papel do enfermeiro nesta área.

Embora a temática que envolva a questão da auditoria de enfermagem seja ampla, acredita-se que esse estudo deixa pontos importantes para reflexão. A análise dos artigos mostrou que a efetivação da auditoria de enfermagem além de trazer benefícios financeiros- gerenciais, embasa a avaliação da qualidade da assistência oferecida ao cliente.

Percebe-se que, nesta área o enfermeiro pode atuar sugerindo mudanças de rotinas organizacionais e subsidiar a educação continuada com o enfoque na prestação de serviços de qualidade. Portanto, compreende-se que, para realizar a auditoria de enfermagem, nos dias de hoje, é preciso que se reconheçam as transformações ocorridas nas organizações de um modo geral, buscando trabalhar sempre de acordo com seus objetivos e metas.

Levando em consideração que a enfermagem passa por uma reforma curricular, entende-se que esse é um momento para reflexão sobre a responsabilidade que as instituições de ensino têm em formar e lançar no mercado de trabalho, profissionais para desempenhar a função de auditor nos serviços de enfermagem e de saúde, para que se tornem comprometidos com o desenvolvimento de pessoas como forma de fortalecer ainda mais os objetivos das organizações de saúde.

Referências

- 1 LARA, Adriana Regina de. A Importância da Auditoria de Prontuários e de Educação Continuada em uma Instituição Hospitalar. Universidade Castelo Branco: Campinas, 2009. Disponível em: <<http://www.qualittas.com.br/documentos/Lara.pdf>>. Acessado em: 10-08-2010.
- 2 CAMELO, Sílvia Helena Henriques; PINHEIRO, Aline; CAMPOS, Domitila; OLIVEIRA, Tatiana Lentz de. Auditoria de enfermagem e a qualidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a28.pdf>>. Acessado em: 02-10-2010.
- 3 FONSECA, Ariadne da Silva et al. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. Revista O Mundo da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=413590&indexSearch=ID>. Acessado em: 11-10-2010.
- 4 COSTA, Maria Suêda et al. Auditoria em enfermagem como estratégia de um marketing profissional. Rev Bras Enferm. 2004;4(57):497-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acessado em: 11-10-2010.
- 5 SANTOS, Alaelson Cruz dos. O que é Auditoria - Conceituação e Caracterização. Aracaju - Junho/ 2004. Disponível em: <<http://www.proead.unit.br/professor/alaelson/arquivos/atividades/palestra%auditoria>>. Acessado em: 13-08-2010.
- 6 BRITO, Magnolia Fernandes; FERREIRA, Leonardo Nunes. A Importância da Auditoria Interna Hospitalar na Gestão Estratégica dos Custos Hospitalares. Universidade Católica de Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.contabeis.ucb.br/sites/000/96/00000034.pdf>>. Acessado em: 10-08-2010.
- 7 COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 266/2001. Aprova atividades de Enfermeiro Auditor. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN; 2001.
- 8 LUZ A, Martins AP, DYNEWICZ AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 [cited 2009 dez 30]; 9(2):344-61. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a05.htm>>. Acessado em: 11-10-2010.
- 9 GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 207 p.
- 10 MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- 11 SCARPARO, Ariane Fazzolo et al. Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. Texto & contexto - Enferm., Mar 2010, vol.19, no.1, p.85-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000100010&script=sci_arttext. Acessado em: 03-10-2010.
- 12 SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; ROTTA, Carmen Silva Gabriel. Abordagem conceitual de métodos e finalidade da auditoria de enfermagem. Rev. RENE; 10(1): 124-130, jan.- mar. 2009. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n1_html_site/Resumos_portugues/a14v10n1.htm. Acessado em: 03-10-2010.
- 13 SCARPARO, Ariane Fazzolo. Auditoria em Enfermagem: revisão de literatura. Nursing (São Paulo); 8(80): 46-50, jan. 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16435&indexSearch=ID>. Acessado em: 03-10-2010.
- 14 PINTO, Karina Araújo; MELO, Cristina Maria Meira de A prática da enfermeira em auditoria em saúde. Rev. esc. enferm. USP, Set 2010, vol.44, no.3, p.671-678. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300017. Acessado em: 03-10-2010.
- 15 FARACO, Michel Maximiano; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de Auditoria do método de assistência de enfermagem. Rev. bras. enferm., Ago 2004, vol.57, no.4, p.421-424. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a07.pdf>. Acessado em: 03-10-2010.
- 16 SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. Rev. bras. enferm., Jun 2008, vol.61, no.3, p.302-305. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/132/tde>. Acessado em: 03-10-2010.
- 17 SETZ, Vanessa Grespan; D'INNOCENZO, Maria. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta paul. enferm., Jun 2009, vol.22, no.3, p.313-317. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acessado em: 03-10-2010.
- 18 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3 ed. Brasília, 2001.
- 19 RODRIGUES, Vanessa A.; PERROC, Márcia G.; JERICÓ, Marli C. Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. Arq Ciênc Saúde 2004 out-dez;11(4):210-4. Disponível em: http://www.cienciasdasauade.famerp.br/racs_ol/Vol-01.pdf. Acessado em: 03/11/2010.

Avaliação de Tecnologia

P_208_2011 - Monitoramento Telefônico de Mulheres no Ciclo Gravídico-Puerperal em um Plano de Saúde Localizado na Cidade de São Paulo

Ana Paula Lanetzi

Resumo: Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. O objetivo desta pesquisa foi descrever a estrutura de um programa de monitoramento telefônico de mulheres no ciclo gravídico-puerperal em um plano de saúde na cidade de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo e bibliográfico. As pesquisas sobre monitoramento telefônico às gestantes são realizadas para a população com risco para determinado desfecho, não sendo avaliado essa abordagem na população geral. Revisões bibliográficas sobre esta estratégia de suporte são otimistas quanto aos resultados apresentados.

Palavras-chave: Monitoramento telefônico; Gestação; Pré-natal; Saúde Suplementar

INTRODUÇÃO

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2005).

Atualmente, intervenções via telefone envolvendo diversos problemas de saúde têm aumentado significativamente, com algumas pesquisas sugerindo que o telefone é um dos recursos mais subutilizados nos serviços de saúde (ODA, HEIBRON, TAYLOR, 1995). Intervenções telefônicas não são apenas flexíveis, privativas e não-estigmatizantes, mas também reduzem diferenças relacionadas ao status socioeconômico e barreiras tradicionais dos serviços de saúde como dificuldades de acesso devido ao transporte ou geográficas (GALINSK, SCHOPLER, ABELL, 1997).

Apesar de na década passada os avanços tecnológicos como a utilização de e-mail e internet, terem aumentado a gama de opções disponíveis para suporte “domiciliar”, o telefone permaneceu o canal mais acessível à maior parte dos indivíduos (HORTON et al, 1997).

Intervenções telefônicas foram utilizadas para fornecer uma gama de serviços, incluindo o fornecimento de informações sobre saúde, orientação preventiva, intervenção de crise, avaliação da saúde e screening, monitoramento de doenças e adesão ao tratamento (ANDREWS, ARMSTRONG, FRASER, 2002; ODA, HEIBRON, TAYLOR, 1995). Eles também têm sido usados para impactar os resultados diversos, incluindo a cessação do tabagismo (LUMLEY et al, 2004).

Existem muitas evidências empíricas no mundo, em diversos países desenvolvidos, de que nenhuma sociedade consegue dar conta dos elevados custos dos serviços de saúde articulados na perspectiva hegemônica biomédica, da alta tecnologia e dos medicamentos.

Um dos enfoques de maior destaque para superação da crise da saúde é a proposta da Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças.

Segundo Ferreira (2004, p. 653), o termo prevenir tem o significado de preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize. Já a prevenção em saúde, de acordo com Leavell e Clark (1976, p.17), exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; os objetivos da prevenção são o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. De acordo com Czeresnia e Freitas (2003), os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

De acordo com o mesmo autor, o termo “promover” tem o significado de dar impulso a; fomentar; originar; gerar. Promoção de saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois, conforme Leavell e Clark (1976), refere-se a medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais.

OBJETIVO

Descrever a estrutura de um programa de monitoramento telefônico de mulheres no ciclo gravídico-puerperal em um plano de saúde na cidade de São Paulo.

MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Pesquisa descritiva e bibliográfica.

3.2 Revisão da literatura

Bases de dados eletrônicas, Scielo, Lilacs, Medline, Sites de interesse na área, opinião de especialista.

3.3 Palavras chave

Monitoramento telefônico; pré-natal; pré-natal de risco; gestação; Saúde Suplementar

3.4 Período de busca

De 1966 à 2010.

RESULTADOS

Fatores de risco na gestação

A maioria das mulheres procura atendimento pré-natal em um período posterior àquele no qual o feto pode ter seu desenvolvimento mais afetado por eventos adversos (AUMANN; BAIRD, 1996), sendo importante lembrar que a maioria dos fatores que interferem no desenvolvimento da gestação já está presente antes da concepção. Estes autores reforçam a necessidade de avaliar a existência de riscos e procurar intervenções adequadas e em tempo oportuno para se conseguir a prevenção de condições incapacitantes.

Ao discorrerem sobre a avaliação do risco em gestantes, Aumann e Baird (1996) categorizam os fatores de risco como socioeconômicos, demográficos, e médicos, e, dentro dessa última categoria, avalia-se a história obstétrica pregressa e a atual, a situação clínica e os hábitos.

Schirmer, Sumita e Fustinoni (2002) afirmam que

“a gestação não é doença, mas um fenômeno fisiológico que acontece no corpo da mulher que está inserida em um contexto sociocultural, pautado pela desigualdade de gênero que determina menos poder de decisão às mulheres”.

As autoras reforçam que, em geral, a gravidez ocorre sem intercorrências, com um grande número obtendo resultados favoráveis. A parcela de mulheres que apresentam determinadas características ou sofrem de algumas doenças tem maior probabilidade de uma evolução desfavorável, assim, “uma gravidez é considerada de alto risco na presença de algum fator de risco materno ou fetal que afetará adversamente seu resultado”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) classifica os riscos da seguinte forma:

- características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis tais como idade menor que 17 e maior que 35 anos;
- ocupação que requer esforço físico, com carga horária exagerada e exposição a agentes físicos, químicos e biológicos;
- situação conjugal insegura; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; altura menor que 1,45 m;
- peso menor que 45 e maior que 75 kg; dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- história reprodutiva anterior que verifique casos de morte perinatal explicada ou inexplicada;
- recém-nascido com restrição de crescimento intra-uterino, malformado ou pré-termo;
- abortamento habitual; esterilidade ou infertilidade; intervalo entre partos menor que 2 ou maior que 5 anos;
- nuliparidade ou multiparidade, histórico de hemorragia ou hipertensão na gestação/parto/puerpério;
- cirurgia uterina anterior;
- doença obstétrica na gestação atual, entre elas alteração da curva de crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- trabalho de parto prematuro ou pós-maturidade;
- ganho ponderal inadequado;

- pré-eclâmsia/eclâmsia;
- amniorrexe prematura;
- hemorragias na gestação;
- isoimunização; óbito fetal;
- intercorrências clínicas tais como cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, hipertensão arterial, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes, ginecopatias.

Mortalidade materna

A Organização Mundial de Saúde estima que anualmente 20 milhões de mulheres apresentem complicações decorrentes da gestação, nos países em desenvolvimento, ocasionando 529 mil óbitos (WHO, 2003).

No Brasil, a morbidade e a mortalidade materna continuam sendo um importante agravo obstétrico e um agravo de saúde pública, e não mostram redução nos seus índices há mais de duas décadas (PARENTE; NETO, 2000).

Uma mulher em cada 16 pode morrer, no Brasil, comparado a uma em 2.800 mulheres em países desenvolvidos (WHO, 2004).

A compreensão de fenômenos relacionados à fisiologia obstétrica e os progressos alcançados no campo assistencial possibilitaram uma diminuição das intercorrências no ciclo gravídico-puerperal e com isso uma redução nos índices de morbidade e mortalidade materna. Apesar desta redução, persiste, nos países em desenvolvimento, a preocupação com a assistência voltada às necessidades de saúde da mulher, com atenção especial para as mulheres que apresentam morbidade grave durante a gestação, parto e puerpério, uma vez que para cada óbito materno ocorrido, um considerável número de mulheres desenvolve morbidade grave e apresenta seqüelas permanentes (SOUZA, CECATTI, PAPPINELLI, 2006).

Cecatti (2005) afirma que além de um componente genérico de saúde geral e das condições sociais das mulheres, o adequado atendimento profissional à mulher durante a gestação e o parto desempenham papel importante na determinação de bons resultados de saúde.

Existe uma aceitação universal de que as principais causas desencadeantes do óbito materno podem ser classificadas como: obstétricas diretas, quando resultantes de complicações exclusivas à gestação; obstétricas indiretas, quando resultantes de complicações pré-existentes, mas agravadas pela gestação; e não obstétricas e não relacionadas, quando resultantes de outras causas acidentais ou incidentais que aconteceram durante a gravidez, mas sem relação com ela. Em termos gerais, as causas diretas de morte materna correspondem a aproximadamente 80% do total de eventos e, portanto, são consideradas passíveis de serem evitadas (GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, 2002).

As principais causas diretas são a hemorragia, com aproximadamente 25% do total de casos, seguida pela infecção com 15%, as complicações de aborto inseguro com 13% e a eclâmsia com 12%. (WHO, 1999).

Essas proporções variam de país a país e entre regiões, com uma tendência de diminuição de causas hemorrágicas e aumento de causas por hipertensão à medida que aumenta o desenvolvimento.

Uma análise dos principais indicadores da saúde materna mostra que, apesar do incremento no número de consultas no pré-natal e do melhor desempenho dos outros indicadores, não houve impacto positivo na razão de morte materna. Para a mudança desse quadro é necessária articulação entre os diferentes níveis de atenção, com indispensável hierarquização, além da implementação de medidas já largamente recomendadas por todos os programas de saúde materna (SERRUYA, LAGO, CECATTI, 2004).

Assim como ocorre no mundo, as causas diretas de morte materna também se constituem na maioria dos eventos no Brasil e, portanto, são passíveis de serem evitadas em sua quase totalidade (CECCATI et al, 1998).

CONCLUSÃO

O vínculo dos pacientes ao serviço é estreitado devido ao monitoramento telefônico. A gestante sente-se acolhida ao ter um profissional que escuta suas queixas, preocupações e angústias. Para o plano de saúde que tem como foco a satisfação e a fidelização dos clientes este resultado é bastante importante.

A assistência à gestante tem sido reorganizada buscando garantir assistência integral e humanizada; redirecionando o modelo vigente, curativo e intervencionista no sentido de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde.

Há poucos trabalhos que avaliam o monitoramento telefônico em uma população generalizada como foi o caso desta pesquisa descritiva. Geralmente os pesquisadores monitoram grupos de risco para determinado desfecho.

Enquanto a abordagem telefônica durante a gestação e puerpério aumentou significativamente na última década, limitadas pesquisas tem avaliado a efetividade desta estratégia de suporte.

São necessárias pesquisas adicionais para avaliar a melhora no desfecho da gestação de pacientes monitoradas via telefone neste período.

Houve melhora de indicadores como Taxa de Prematuridade; Parto Cesáreo e Mortalidade Materna e Neonatal.

Referências

- ANDREWS, J. K.; ARMSTRONG, K. L.; & FRASER, J. A. Professional telephone advice to parents with sick children: Time for quality control. *J Paediatr Child Health*, v. 38, p. 23-6, 2002.
- AUMANN, Gretchen M. E.; BAIRD, Margaret M. Avaliação do risco em gestantes. In: KNUPPER, Robert A.; DRUKKER, Joan E. Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 2, p. 13-36.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Brown, L., Finkler, S. A., Neff, D. F., & Madigan, E. (2001). A randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: Outcomes and costs. *American Journal of Managed Care*, 7, 793-803.
- Bryce, R. L., Stanley, F. J., & Garner, J. B. (1991). Randomized controlled trial of antenatal social support to prevent preterm birth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98, 1001-1008.
- CARPENITO, L.J. Diagnósticos de Enfermagem, aplicação à prática clínica. 6ed. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997. 872p.
- CECCATI, J.G.; ALBUQUERQUE, R.M.; HARDY, E.; FAUNDES, A. Mortalidade materna em Recife: causas de óbitos maternos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* V.20: p. 7-11, 1998.
- CECATTI, J.G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil*, v. 5, n. 1, p. 9-11, 2005.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Gallop, R., & Chalmers, B. (2002). The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166, 21-28.
- Erschoff, D. H., Quinn, V. P., Boyd, N. R., Stern, J., Gregory, M., & Wirtschafer, D. (1999). The Kaiser Permanente prenatal smoking cessation trial: When more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 161-168.
- FERREIRA, A. B. H. Novo Dicionário da Língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- Frank, D. A., Wirtz, S. J., Sorenson, J. R., & Heeren, R. (1986). Duration of breast-feeding among low-income women: A randomized trial of the effects of commercial hospital discharge packs and hospital-based telephone counseling. *American Journal of Diseases of Children*, 140, 311.

- GALINSKY, M.J.; SCHOPLER, J.H.; ABELL, M.D. Connecting group members through telephone and computers group. *Health Soc. Work*, v. 22, p.181-188, 1997.
- Gennaro, S., & Hennessy, M. D. (2003). Psychological and physiological stress: Impact on preterm birth. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32, 668-675.
- GLOBAL Forum for Health Research. The 10/90 report on health research 2001-2002. Geneva; 2002.
- HORTON, R.; PETERSON, M.G.; POWELL, S.; ENGELHARD, E.; PAGET, S.A. Users evaluate LupusLine, a telephone peer counseling service. *Arthr. Care Res.*, v. 10, p. 257-263, 1997.
- Kramer, M. S., Goulet, L., Lydon, J., Seguin, L., McNamara, H., & McNamara, H., et al. (2001). Socio-economic disparities in preterm birth: Causal pathways and mechanisms. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15, 104-123.
- LEAVELL, S.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- Lumley, J., Oliver, S. S., Chamerlain, C., & Oakley, L. (2004). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- McBride, C. M., & Rimer, B. K. (1999). Using the telephone to improve health behavior and health service delivery. *Patient Education and Counseling*, 37, 3-18.
- Moore, M. L., & Krowchuk, H. (1997). Parent line: Nurse telephone intervention for parents and caregivers of children from birth through age 5. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2, 179-188.
- Moore, M. L., Meis, P. J., Ernest, J. M., Wells, H. B., Zaccaro, D. J., & Terell, T. (1998). A randomized trial of nurse intervention to reduce preterm and low birth weight births. *Obstetrics & Gynecology*, 91, 656-661.
- Norbeck, J. S., DeJoseph, J. F., Smith, R. T. (1996). A randomized trial of an empirically-derived social support intervention to prevent low birth weight among African American women. *Social Science and Medicine*, 43, 947-954.
- Oakley, A., Rajan, L., & Grant, A. M. (1990). Social support and pregnancy outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 97, 155-162.
- ODA, D.S.; HELIBRON, D.C.; TAYLOR, H.J. A preventive child health program: The effect of telephone and home visits by public health nurses. *Am. J. Public Health*, v. 85, p. 854-855, 1995.
- PARENE, J.V; NETO, J.D.V. Mortalidade Materna. In: MORAIS, E.N; MAUAD FILHO, F. *Medicina Materna e Perinatal*. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 464-469.
- Pugh, L., Milligan, R., Frick, K., Spatz, D., & Brooner, Y. (2002). Breastfeeding duration, costs, and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth*, 29, 95-100.
- SCHIRMER, Janine; SUMITA, Satie L. N.; Fustinoni, Suzete M. Cuidados especiais no ciclo gravídico-puerperal de alto-risco. In: BARROS, Sônia M. O.; MARIN, Heimar de F.; ABRÃO, Ana Cristina F. V. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial*. São Paulo: Roca, 2002.
- SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* V. 4, p. 269-79, 2004.
- SOUZA, J.P.; CECATTI, J.G.; PAPPINELLI, M.A. et al. Revisão sistemática sobre mortalidade materna naer miss. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 2, p. 255-264, 2006.
- Stotts, A., DiClemente, C., & Dolan-Mullen, P. (2002). One-to-one. A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 27, 275-292.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The WHO Reproductive Health Library. Geneva: WHO, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF World Bank Statement. Geneva; 1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003.

Acreditação

P_209_2011 - Avaliação dos Indicadores de Governo, Liderança e Direção do HCPA sob as diretrizes da Joint Commission International

Samanta Daiana De Rossi, Lisiane Treis, Cassio Eccker Silva, Thomas Ce de Oliveira, Mariza Machado Kluck

Resumo: Análise fundamentada no Manual para Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI), do Capítulo "Governo, Liderança e Direção" da Avaliação Diagnóstica para a Acreditação, realizada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação no dia 23/11/2010, na etapa de preparação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para a Acreditação Internacional. Dos padrões avaliados, 80,2% encontravam-se em conformidade com as exigências da JCI, 8,8% parcialmente conforme e apenas 9,9% não estavam em conformidade. Os resultados revelam uma boa situação do HCPA nesse item que, com alguns ajustes, poderá chegar a excelência.

Introdução

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) desfruta de estrutura invejável, conta com recurso humano, aproximado: 4.499 funcionários, 290 professores da UFRGS, 344 médicos residentes. Os quais foram responsáveis por realizar, no ano de 2009, 562.507 consultas, 41.281 cirurgias, 30.031 internações, 2.811.277 exames, 244.935 procedimentos em consultórios, 3.443 partos e 411 transplantes. (7) O HCPA trata-se de uma maquinaria complexa, que tenta trabalhar no limite de seus recursos, a fim de atender a todos os seus usuários com o máximo de qualidade e de pessoalidade. Exatamente, é essa peculiaridade que faz da administração hospitalar um desafio. A hierarquia é extremamente necessária; já que em um universo de 4.499 funcionários nem todos podem ter igual poder de decisão.

A comunicação entre os diferentes extratos, tanto no sentido horizontal, quanto no vertical da hierarquização deve seguir os princípios da boa comunicação. Desde a existências de todos o elementos necessário para a comunicação - emissor, receptor, mensagem e feedback -, até a qualidade desta, a qual deve ser objetiva e sem margem para ambigüidades. Dessa forma, o atendimento, por exemplo, que inicia no acolhimento da emergência (térreo) possa chegar, o mais rápido o possível, ao bloco cirúrgico (13º andar) em caso de necessidade.

Algumas características a respeito de governo, liderança e direção são entendidas como minimamente necessárias para uma administração hospitalar. O governo é realizado por grupo de pessoas responsáveis pela supervisão da operação da instituição e pela prestação de contas relativas à oferta de serviços de assistência à saúde. (1) Diferentemente da liderança, habilidade humana de governar através de boa argumentação e de exemplo. A liderança não surge com o cargo ou com a função, não estando relacionada com autoridade. Por isso, pessoas de lideranças são chamadas a cargos de autoridade; identificar e valorizar de tais pessoas nos diferentes extratos do funcionamento do hospital é importante característica para uma boa engrenagem. Tais líderes são engajados nas diferentes diretorias dos departamentos, colaborando para determinar formato e conteúdo uniformes para o planejamento específicos de cada departamento. (1)

Foi realizada, em 2010, a Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional no HCPA, com vistas à futura aprovação do hospital no processo de Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI). O atual estudo pretende analisar os resultados dessa avaliação no que diz respeito aos processos relacionados ao Governo, à Liderança e às Direções de Departamentos da Instituição e à Ética Institucional, levando em conta o capítulo "Governo, Liderança e Direção" do Manual de Acreditação Hospitalar da JCI e o contexto diferenciado de gestão praticado pelo HCPA.

Objetivo

Analisar o Capítulo "Governo, Liderança e Direção" da Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional do HCPA, bem como propor planos de ação para correção das não conformidades.

Justificativa:

A análise do desempenho do HCPA em cada um dos capítulos é uma ferramenta importante para o processo de desenvolvimento de soluções e meios para realizar as melhorias necessárias ao alcance do título da Acreditação Internacional. Além disso, essa análise pode auxiliar outras instituições no desenvolvimento de estratégias de melhoria para a conquista do título da Acreditação, por permitir compartilhar experiências.

Material e Métodos

Análise fundamentada no Manual para Acreditação Internacional da Joint Commission International (JCI), do Capítulo “Governança, Liderança e Direção” da Avaliação Diagnóstica da Acreditação realizada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) na etapa de preparação do HCPA para a Acreditação Internacional, realizada no dia 23/11/2010.

Resultados

A análise geral do Capítulo permite ver que 80,2% dos 91 padrões exigidos foram classificados como “Conforme”, 9,9% estão “Não Conforme”, 8,8% estão “Parcialmente Conforme” e 1,1% “Não se Aplica” (Figura 1).

Em relação ao indicador “Governança da Instituição”, dois padrões não estão conforme o que é estabelecido pela JCI. Um deles é o Padrão GDL -1, a saber: “As responsabilidades e a prestação de contas do governo estão descritas em estatutos, políticas e procedimentos ou outros documentos similares, que orientam sua execução”, esse padrão não está conforme porque não foi observada avaliação formal sobre o desempenho do governo e da liderança, nem documentos descritivos dos critérios da avaliação de desempenho do governo e dos administradores. Ainda em relação a esse indicador, outro padrão que não está conforme é o Padrão GLD – 1.4 – “Os responsáveis pelo governo nomeiam o(s) dirigentes sênior(es) ou diretor(es)”, tendo em vista não haver política de governo que trate da avaliação periódica da liderança.

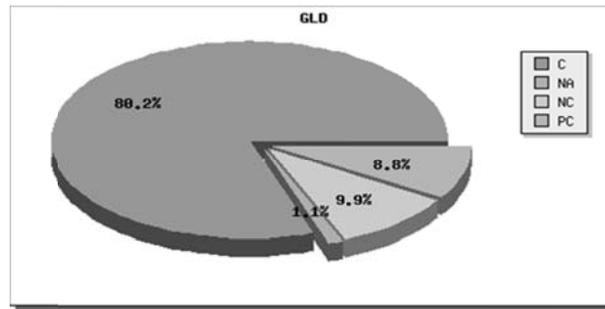


Figura 8: representação gráfica dos parâmetros conforme (C), não conforme (NC), parcialmente conforme (PC) e não avaliados (NA).

Dois padrões não estão de acordo com os referenciais da JCI em relação ao indicador “Liderança da Instituição”. Um deles é o GLD – 3.3 “Os líderes supervisionam os contratos referentes aos serviços clínicos ou administrativos”, pois não há política e procedimento para supervisão de contratos clínicos e/ou administrativos; não são evidenciadas análises críticas sobre a qualidade e eficácia dos serviços terceiros com foco nas necessidades dos pacientes; e não foram observados relatórios direcionados aos diretores, citando aspectos da qualidade das instituições contratadas.

Outro padrão que não está totalmente de acordo com o Manual é o GLD – 3.4: “Os líderes médicos, de enfermagem e outros líderes são educados nos conceitos de melhoria de qualidade” porque não há registros de participação das equipes de médicos e enfermagem para a melhoria da qualidade e segurança do paciente.

Quanto à Direção, faltaram evidências documentais que garantam a participação de todos os profissionais da instituição nos treinamentos e não foram evidenciados relatórios remetidos à Direção, com os parâmetros requeridos pelo padrão, por isso, dois dos Padrões não foram cumpridos em sua totalidade, o GLD 5.4 e o 5.5.

Em relação à Ética Institucional, todos os Padrões estão completamente de acordo com os parâmetros exigidos no Manual de Acreditação da JCI.

Discussão

A Acreditação é uma das ferramentas disponíveis para avaliação e padronização da qualidade da assistência prestada por organizações de saúde. Caracterizada como um processo de avaliação externa dos sistemas assistenciais, estruturas organizacionais e resultados, ela utiliza padrões previamente estabelecidos, com o objetivo de garantir desempenho de alta qualidade e atendimento às expectativas de grupos da sociedade interessados em boas práticas. (6)

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é o único hospital universitário federal que se estabeleceu desde sua criação como Empresa Pública, o que permitiu que fosse instituído um modelo de gestão jurídico institucional que garante autonomia de gestão, flexibilidade na contratação dos recursos humanos e certa liberdade para a celebração de contratos e convênios, assim como para a gestão de processos de compra e financiamento. Contudo, como empresa pública, o HCPA tem que submeter suas contas de cada exercício à supervisão do MEC e ao Tribunal de Contas da União (TCU). (5)

Essa estruturação particular de gestão permite maior liberdade ao Governo e à Liderança Institucionais, promovendo uma organização otimizada, com possibilidade de adequação aos padrões internacionais de qualidade, sem gestão direta de órgãos públicos externos que, muitas vezes, atrasa processos.

A análise geral do Capítulo permite ver que 80,2% dos 91 padrões exigidos foram classificados como “Conforme”, 9,9% estão “Não Conforme”, 8,8% estão “Parcialmente Conforme” e 1,1% “Não se Aplica”. Esse foi o Capítulo que apresentou maior porcentagem de padrões “Conforme”, o que indica uma situação promissora, que, aliada ao bom senso na utilização da liberdade de gestão mencionada, pode levar o HCPA a conquistar 100% de conformidade nesse Capítulo de Padrões.

Para melhoria da prestação de contas ao Governo Institucional e permitir a nomeação de dirigentes sênior ou diretores pelo governo, é necessário que o HCPA institua processo de avaliação de liderança, a qual deverá realizar-se de acordo com critérios definidos e registrados em documentação escrita oficial. Esse feedback é um processo fundamental na construção e no desenvolvimento de qualquer instituição, e é surpreendente que o HCPA ainda não o faça.

A padronização do item “supervisão de contratos referentes a serviços clínicos e administrativos contratados” exige que o aparato burocrático seja incrementado, com a alocação de recursos humanos (a serem contratados, possivelmente) para as funções de análises contratuais e para a confecção de relatórios de qualidade de atendimento. Esse é um padrão que merece especial atenção dos gestores pois é o único que não possui nenhum dos seus cinco elementos de mensuração conforme.

Para que o processo de acreditação tenha êxito, é necessário que todo o corpo funcional seja envolvido e sinta-se responsável por essa conquista, por isso, é necessário instituir de forma concreta atividades de educação nos conceitos de melhoria da qualidade do atendimento e melhoria da segurança do paciente, a serem disponibilizadas para os líderes médicos e de enfermagem, que serão os responsáveis por envolver as pessoas que estão sob sua liderança. Além disso, ainda em relação aos recursos humanos, é necessário haver processos de educação continuada que sejam formalizados e abranjam o corpo de funcionários em sua integralidade.

Por fim, a adequação aos Padrões de Acreditação Internacional exige que sejam feitos relatórios de cada Setor remetido à Direção, que forneçam informações sobre profissionais, fornecedores e recursos materiais necessários com vistas a adequada prestação do cuidado ao paciente. É necessária instituição de processo que normalize e padronize a coleta e registro das informações para facilitar o planejamento do cuidado e da assistência.

Conclusão

O Capítulo "Governo, Liderança e Direção" foi o que apresentou melhor porcentagem de padrões dentro da conformidade, dentre os capítulos que compõem o Manual para Acreditação Internacional da JCI. Essa característica deve-se, em parte, à Gestão peculiar adotada pelo HCPA, que é o único hospital universitário brasileiro com modelo de gestão de empresa pública, o que permite maior agilidade e efetividade na aprovação de decisões e na prática dos planos de ações.

O fato do indicador "Ética Institucional" encontrar-se conforme na totalidade dos padrões exigidos é uma grande vitória para o Hospital e reflete a competência dos gestores e liderança, assim como a grande qualidade organizacional da Instituição.

Pequenos ajustes são necessários no que diz respeito principalmente à formalização e registro de processos de avaliação de liderança, à supervisão dos contratos referentes a serviços contratados, à garantia de maior participação do corpo profissional no programa de incremento da qualidade institucional e à monitoria do desempenho de Serviços e Departamentos através de relatórios. Esse conjunto de melhorias possibilitariam a adequação do HCPA aos padrões do capítulo analisado, com vistas à Acreditação Internacional.

Referências

Capítulo "Governo, Liderança e Direção" do Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4ª edição, 2010.

Relatório da Avaliação Diagnóstica de Acreditação do HCPA, realizado em 23/11/2010

Medici AC. Acreditação, Ética e Cidadania como Processos Condutores da Qualidade Hospitalar. Postado em 21/09/2010. Disponível em: <http://www.monitordesaude.blogspot.com>

Medici AC. Rankings Hospitalares como Indutores da Qualidade ao Paciente. Postado em 12/10/2010. Disponível em: <http://www.monitordesaude.blogspot.com>

Medici AC. Autonomia de Gestão de Hospitais Universitários Federais: O Caso do HCPA. Postado em 03/11/2010. Disponível em: <http://www.monitordesaude.blogspot.com>

www.cbacred.org.br/front/acreditaçao.php

www.hcpa.ufrgs.br

<http://pt.jointcommissioninternational.org>

Qualidade e Segurança

P_210_2011 - Protocolo institucional para prevenção da infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central em unidade de terapia intensiva

Luciana Bierrenbach de Morais, Paulo Roberto Abrão Ferreira, Carla Morales Guerra, Milton Alves Monteiro Junior, Mario Lucio Alves Baptista Filho, Claudio Nazareno Prazer da Conceição, Roberta Agraso Verdullas, Djanira Cristina Mastrandea, Ana Paula Oliveira

Resumo: A infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter (ICS-CVC) representa aumento dos custos hospitalares e elevada mortalidade. Com o objetivo de diminuir as taxas de ICS-CVC em uma unidade de terapia intensiva foi desenvolvido um projeto institucional para a padronização da inserção e manipulação dos cateteres na unidade. A adesão ao protocolo foi realizada através de auditorias diárias na unidade. Os dados coletados foram apresentados mensalmente a equipe assistencial para discussão e realização de melhorias. Ao final do período do estudo observamos queda da taxa de ICS-CVC de forma sustentada.

Palavras chaves: prevenção de infecções, cateteres, educação.

Introdução

A infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central (ICS-CVC) é uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde, resultando em aumento da morbi-mortalidade, prolongamento do tempo de internação e, conseqüentemente, aumento dos custos hospitalares.

A ICS-CVC deve-se a contaminação da pele durante a inserção do cateter ou a contaminação da corrente sanguínea durante a manipulação do cateter para infusão de medicações. Dentre as medidas mais eficazes para prevenção dessas infecções considera-se a educação da equipe assistencial sobre cuidados no momento da passagem e durante a manipulação do cateter e a vigilância da taxa das infecções.

Justificativa

A ICS-CVC aumenta a morbi-mortalidade, tempo e custo da internação hospitalar. Foram identificados pontos passíveis de melhoria relacionadas à passagem e à manutenção de cateteres venosos centrais na unidade de terapia intensiva (UTI) que poderiam interferir no resultado da taxa de ICS-CVC.

Objetivo

Diminuição das taxas de ICS-CVC na UTI.

Métodos

O estudo foi realizado no período de junho a dezembro de 2010, na UTI de um hospital terciário, privado, de alta complexidade, situado na cidade de São Paulo. A elaboração e execução do protocolo foram realizadas utilizando-se a ferramenta de qualidade conhecida como PDCA (plan-do-check-act).

O protocolo para prevenção de ICS-CVC foi elaborado pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e coordenadores da UTI. Todas as recomendações foram baseadas no guia de orientações do Centers for Diseases Control and Prevention (CDC)-Atlanta-EUA. O protocolo incluiu: 1- padronização de um kit com os materiais necessários para inserção do cateter; 2- orientações seguras para o momento de sua inserção; 3- cuidados necessários durante a realização do curativo e a manipulação dos cateteres. A divulgação do protocolo foi realizada através de orientações no local de trabalho, entrega de material escrito (folder) e via e-mail.

A auditoria do projeto foi realizada em duas etapas: o momento da inserção foi auditado pelas enfermeiras do setor que utilizavam um check-list para verificar o cumprimento das etapas de inserção e tinham autonomia para interromper a continuidade do processo caso não fossem cumpridas as normas técnicas estabelecidas. A auditoria da manipulação do cateter foi realizada pela equipe do SCIH durante suas visitas diárias à UTI. Neste momento, além de observar o procedimento, os enfermeiros do SCIH corrigiam as inadequações re-orientando os profissionais. Todos os dados coletados foram analisados e os resultados discutidos com toda a equipe da UTI mensalmente.

Resultados

Como podemos observar nos gráficos abaixo, houve aumento progressivo na adesão de todos os itens do protocolo e ao mesmo tempo houve queda da taxa de ICS-CVC.

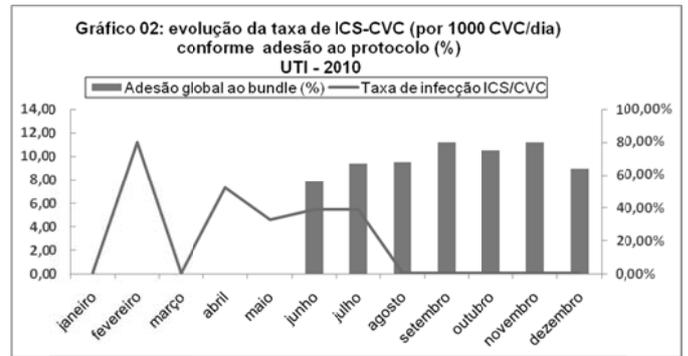
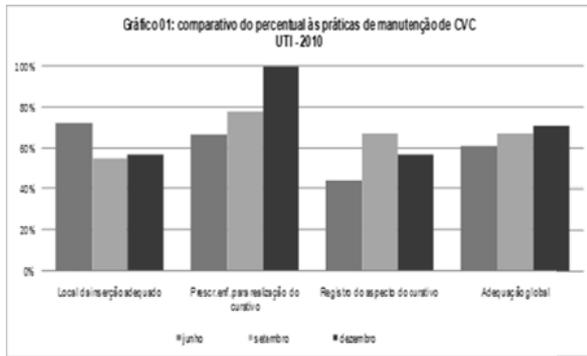


Figura 01: Check list utilizado para auditoria no momento de inserção do cateter.

Cole aqui a etiqueta do paciente ou preencha abaixo

Nome do paciente: _____
Leito: _____ Unidade: _____

Data: ____/____/____
Início do procedimento (marcar a partir da paramentação completa): _____ Término: _____

Indicação: Instabilidade hemodinâmica NPP Impossibilidade de acesso periférico

Profissional que passou cateter: _____

Cateter em sítio novo: Sim Não (troca por fio guia)

Urgência / Emergência: Sim Não

Tipo de cateter: In tracath duplo lúmen triplo lúmen Swan ganz Shiley
 Outros _____

Local inserção: jugular (D) (E) subclávia (D) (E) femoral (D) (E) Outros _____

Higiene das mãos antes do procedimento: Sim Não

Produto utilizado: sabão com clorexidina sabão comum álcool-gel

Paramentação p/ inserção: Gorro Sim Não Avental estéril manga longa Sim Não
Máscara cirúrgica Sim Não Luva estéril Sim Não

Paramentação Aux/Técnico: Gorro Sim Não Máscara cirúrgica Sim Não
Luva procedimento Sim Não

Degermação pele: Clorexidina degermante PVPI degermante Não houve Outro: _____

Anti-sepsia pele: Clorexidina alcoólica PVPI alcoólico Não houve Outro: _____

Campo estéril: Cobre 2/3 ou mais da superfície corporal Cobre menos que 2/3 Não usou

Contaminação: Sim: _____ Não

N.º tentativas no mesmo sítio: 01 02 ≥ 03

N.º tentativas outro sítio: 01 02 ≥ 03

Complicação: Sim: _____ Não

Curativo após inserção: Gaze estéril Não foi realizado Quem fez: _____

Higiene das mãos após: Sim Não

Preenchido por: _____

Conclusão

Esse estudo mostrou que a interação multiprofissional de forma coordenada durante a implantação de um protocolo pode ser a chave para alcançarmos bons resultados. Nosso maior desafio é a manutenção dos resultados alcançados. A educação continuada dos profissionais, o treinamento de novos profissionais admitidos (enfermeiros e médicos) e a divulgação mensal dos resultados na unidade serão mantidos como forma de incentivo e perpetuação das melhorias.

Referências

Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. MMWR 2002;51(RR-10):1-29.
Institute for Healthcare Improvement. How to guide Prevent Central line-associated bloodstream infection [Internet]. Available from: <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/CentralLineInfection.htm>

Qualidade e Segurança

P_211_2011 - Análise da demanda por transporte de pacientes em um hospital de cuidados intermediários, como base para a organização de padrões de trabalho e estruturação de uma Central de Transportes.

Felipe Berg

Resumo: O presente estudo foi realizado em um hospital público prestador de cuidados intermediários para pacientes internados. Problemas administrativos e assistenciais recorrentes relacionados ao transporte externo de pacientes motivaram levantamento bibliográfico e estudo de demanda por transporte no hospital. Criou-se uma Central de Transportes, além de novos padrões de trabalho envolvendo as ambulâncias do hospital, e incorporou-se uma nova ferramenta de comunicação à rotina de trabalho. Essas iniciativas proporcionaram maior racionalidade no atendimento à demanda por transporte.

Palavras chave: transporte, demanda, pacientes, central de transportes.

Introdução

O hospital do presente estudo está localizado no município de São Paulo. Atua como um prestador de assistência à saúde aos pacientes que necessitam de cuidados intermediários, provenientes de outras unidades de um Complexo Hospitalar público de nível terciário. Caracteriza-se também como um hospital de médio porte, conta com 121 leitos instalados, e realiza atendimento somente de pacientes internados em enfermaria.

As enfermarias estão divididas em 5 Alas, sendo elas Pediatria geral, Pediatria cardiológica, Neurologia, Cardiologia adultos masculino e Cardiologia adultos feminino.

No organograma funcional do hospital não existia um setor de transportes formalmente constituído. Os motoristas estavam subordinados ao Gerente Administrativo.

A descrição dos transportes no hospital pode ser simplificada pelo modelo da Tabela 1.

Havia um total de 6 motoristas, contratados em regime de 40 horas semanais. A escala de trabalho ocorria em plantões de 12 horas com descanso de 36 horas, sendo 4 motoristas escalados para o trabalho durante o dia e 2 motoristas escalados para o trabalho durante a noite. Assim, o hospital contava diariamente com 2 motoristas no período diurno por 12 horas, e 1 motorista no período noturno por 12 horas, exceto nos períodos de folgas e férias.

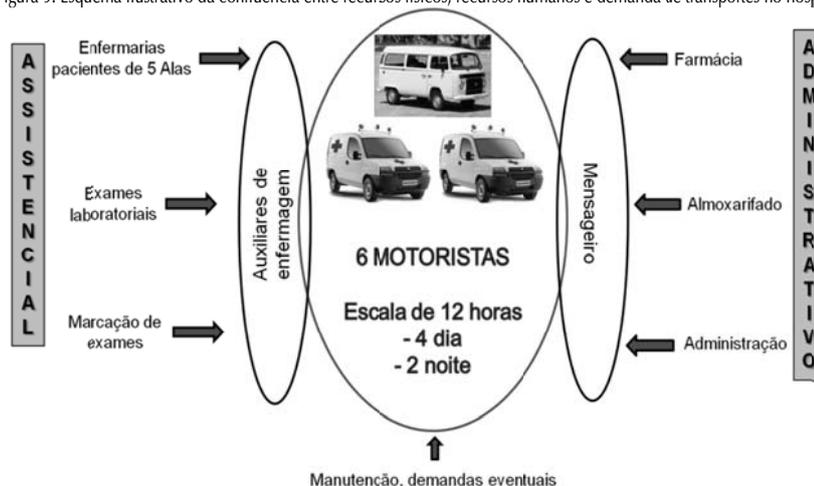
Tabela 9. Dimensões para representação das atividades relacionadas a transportes no hospital.

Recursos Físicos	2 ambulâncias, 1 carro tipo Van
Recursos Humanos	6 motoristas, 3 auxiliares de enfermagem, 1 atendente de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais (mensageiro)
Gestão	Gerente Administrativo
Demanda	Transporte de pacientes, transporte de auxiliares de enfermagem para marcação de exames e consultas externos, transporte de exames laboratoriais coletados, serviços administrativos

A demanda por transportes tinha 4 eixos principais (Figura 1):

- Demandas relacionadas a pacientes: consultas em outras unidades, exames de imagem e transferências.
- Marcação de consultas e exames de imagem: auxiliares de enfermagem precisavam marcar consultas e exames em outras unidades, sempre que eram necessários recursos não disponíveis no hospital.
- Exames laboratoriais: todas as etapas eram realizadas fora do hospital, exceto coleta.
- Serviços administrativos: transporte de materiais e medicamentos entre unidades, prontuários, documentos em geral.

Figura 9. Esquema ilustrativo da confluência entre recursos físicos, recursos humanos e demanda de transportes no hospital.



Os principais problemas estavam relacionados a:

- Ausência de programação de demandas
- Atraso de pacientes a consultas e exames
- Conflito entre demandas administrativas e assistenciais
- Dificuldades de comunicação entre os motoristas e as áreas solicitantes de transportes

A revisão de literatura trouxe evidências que suportavam a centralização das atividades de transportes através da criação de uma Central de Transportes. Segundo Schall (1988), "o desenvolvimento de uma Central de Transportes...é um método para reduzir custos trabalhistas e aumentar a capacidade da organização de prover qualidade no cuidado". McGinty e Ghiz (1993) descrevem 5 objetivos justificando a criação de uma Central de Transportes: aumentar tempo de enfermeiros e técnicos nas enfermarias ao invés de utilizarem tempo de serviço transportando pessoas, diminuir mão-de-obra necessária no transporte, diminuir tempo de espera para pacientes, aumentar eficiência na utilização de pessoas e equipamentos, aumentar controle sobre o sistema de transporte.

Taylor (1991) descreve um plano de 10 pontos para organização de uma central de transportes de pacientes: definição de padrões de desempenho, aumentar a responsabilização dos motoristas por meio do desenvolvimento de planilhas de atividades diárias, busca pela redução na aleatoriedade dos pedidos (evitando picos e momentos ociosos), conhecimento profundo e alocação apropriada dos equipamentos, conhecimento da rotina de transporte dos pacientes (tempos de duração das etapas do processo), criação de turnos diferenciados de trabalho adaptados às necessidades do serviço, contratação de indivíduos responsáveis e comprometidos (com fornecimento a eles de capacitação constante), comunicação do motorista com a central sempre que alcançado o local de destino, melhoria na aparência do motorista com uniformes próprios, ferramentas de comunicação eficientes com as áreas que mais solicitam os serviços.

Schall (1988) afirma que "informação é essencial" para um serviço de transportes, e deve estar disponível para o colaborador com a função de dispatcher, ou seja, o responsável pela centralização de toda a demanda e organização racional, alocando-a de acordo com recursos humanos e físicos disponíveis.

McGinty e Ghiz (1993) relatam as competências necessárias ao dispatcher: capacidade de organização, delegação e priorização, já que as principais atividades descritas são "... receber pedidos, organizar a demanda, delegar atividades aos motoristas e realizar registros estatísticos".

Justificativa

O hospital em estudo apresentava problemas relacionados ao transporte de pacientes, o que provavelmente causava impacto na qualidade da assistência prestada. A análise dos recursos disponíveis para a realização de transportes, assim como de sua utilização para tal fim, tem como propósito a busca por soluções dos problemas recorrentes, e visa à melhoria na qualidade dos serviços prestados ao usuário.

Objetivos

Diagnosticar os problemas relacionados a transporte no hospital analisado, e eventualmente propor melhorias, com foco na organização do serviço.

Métodos

A metodologia pode ser explicitada em 3 etapas:

- Levantamento dos recursos disponíveis para transporte no hospital, diagnóstico de funcionamento e levantamento bibliográfico.
- Análise de informações gerenciais disponíveis.
- Proposta e implantação de novos padrões de trabalho na organização dos transportes.

Resultados

Os dados utilizados referem-se ao período disponível nos sistemas de informações, ou seja, a partir de agosto de 2009 teve início o registro dos dados utilizados, e a análise foi realizada em fevereiro de 2010.

A demanda assistencial é composta por encaminhamentos (transporte de pacientes para realização de exames ou consultas em outras unidades, e posterior retorno ao hospital) e transferências (transporte de paciente para permanecer em outras unidades).

Tabela 10. Número absoluto de demandas assistenciais no transporte, no período diurno, considerando desde as 7 horas até as 19 horas, de agosto de 2009 a janeiro de 2010.

	Número absoluto	Percentual
Em dias úteis	1057	95,9%
Em finais de semana e feriados	45	4,1%
Total	1102	100%

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital

Tabela 3. Distribuição dos encaminhamentos no transporte, separados segundo programação prévia do procedimento, no período diurno, considerando desde às 7 horas até as 19 horas, de agosto de 2009 a janeiro de 2010.

Tipo de encaminhamento	Número absoluto	Distribuição Percentual
Agendado	592	65,6%
Encaixe	305	33,8%
Não informado	6	0,7%
Total	903	100,0%

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital

O termo “encaixe” (Tabela 3) significa que a demanda é relatada à equipe que realizará o transporte no mesmo dia da necessidade de transporte, ou seja, sem a previsão de pelo menos 24 horas, o que representava um desafio para a organização do serviço.

Tabela 4. Distribuição das demandas assistenciais no transporte, separadas segundo intervalo de tempo de ocorrência diária de 1 em 1 hora, de agosto de 2009 a janeiro de 2010.

Observação: excluídas demandas assistenciais ocorridas antes das 5 horas e após as 20 horas.

Distribuição dos intervalos dos horários agendados (em horas do dia)	Número absoluto	Distribuição percentual
05 -06	1	0,2%
06 -07	15	2,3%
07 -08	94	14,2%
08 -09	129	19,5%
09 -10	46	7,0%
10 -11	67	10,1%
11 -12	19	2,9%
12 -13	42	6,4%
13 -14	64	9,7%
14 -15	22	3,3%
15 -16	19	2,9%
16 -17	115	17,4%
17 -18	24	3,6%
18 -19	3	0,5%
19 -20	1	0,2%
Total	661	100%

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital

A Tabela 4 mostra distribuição das demandas em intervalos horários esparsos, com pouca concentração em intervalos horários bem definidos, o que representava um grande desafio para o atendimento de toda a demanda com apenas 2 ambulâncias.

A Tabela 5 mostra a distribuição da média diária de demandas assistenciais, segundo intervalos horários de 2 horas longo de um dia útil, o que irá embasar adiante a organização de novos padrões de trabalho.

A análise das informações gerenciais conferiu embasamento técnico para a proposta de modificações.

Tabela 5. Distribuição da média diária de demandas assistenciais, segundo intervalos horários de 2 horas, em dias úteis, no período diurno, considerando desde as 5 horas até as 19 horas, com base em dados de agosto de 2009 a janeiro de 2010.

Intervalo horário	Média de demandas assistenciais
5 -7	0,2
7 -9	2,9
9 -11	1,5
11 -13	0,8
13 -15	1,1

15]-17	1,7
17]-19	0,3
Total diário	8,5

Fonte: Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do Hospital

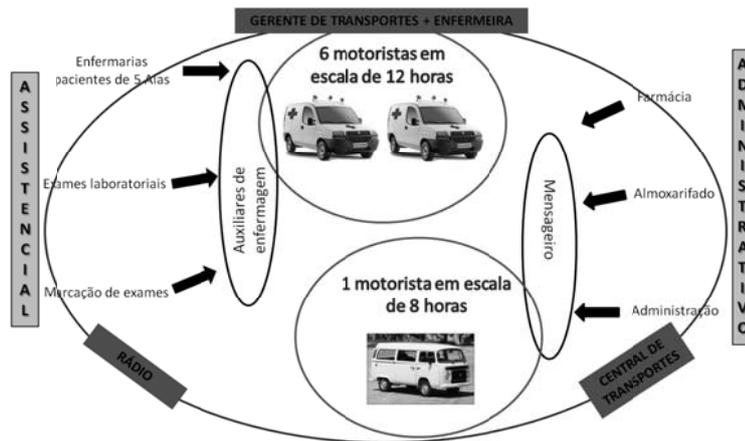
Constituiu-se um Central de Transportes no hospital (Figura 2). Para isso foi selecionado um colaborador para assumir a função de dispatcher, além de uma enfermeira para alinhar a comunicação e as decisões relacionadas a priorizações de transportes com as equipes assistenciais das Alas.

A comunicação entre motoristas e o dispatcher foi otimizada por meio de contratação de serviço de telefonia móvel por rádio, que demonstrou relação bastante favorável entre custos e benefícios para as necessidades de transporte.

Incorporou-se também um motorista ao serviço, em escala de trabalho de 40 horas semanais, com 8 horas diárias.

O transporte de pacientes e demais demandas relacionadas à assistência foi restrito às ambulâncias, e o transporte de itens administrativos foi restrito à Van. O novo motorista foi designado para o trabalho diário com a Van e os outros 4 motoristas do período diurno foram designados para o trabalho diário com as 2 ambulâncias.

Figura 2. Esquema ilustrativo da confluência entre recursos físicos, recursos humanos e demanda por transportes no hospital, após estruturação da Central de Transportes.



Estabeleceram-se horários fixos de saída para as 2 ambulâncias ao longo do dia (Figura 3), com proposta de novo padrão de trabalho, visando a atender à demanda assistencial média por intervalos horários (Tabela 5).

Figura 3. Padrão de trabalho proposto para as 2 ambulâncias no período diurno.

Observação: Intervalo horário agendado – intervalo horário dentro do qual se localiza o horário em que foi agendado o procedimento externo ao hospital.

Horário de saída da ambulância	AMBULÂNCIA 1			AMBULÂNCIA 2		
	Intervalo horário agendado	Paciente saindo	Paciente retornando	Intervalo horário agendado	Paciente saindo	Paciente retornando
06:00	Entrada do motorista 1					
06:30	07:00 às 08:00	1A	-			
07:00				Entrada do motorista 2		
07:30				08:00 às 09:00	2A	-
08:00						
08:30	09:00 às 10:00	1B	1A			
09:00						
09:30				10:00 às 11:00	2B	2A
10:00						
10:30	11:00 às 12:00	1C	1B			
11:00						
11:30	Almoço do motorista 1			12:00 às 13:00	2C	2B
12:00						
12:30	13:00 às 14:00	1D	1C	Almoço do motorista 2		
13:00						
13:30				14:00 às 15:00	2D	2C
14:00						
14:30	15:00 às 16:00	1E	1D			
15:00						
15:30				16:00 às 17:00	2E	2D
16:00						
16:30	17:00 às 18:00	1F	1E			
17:00						
17:30						2E
18:00	Encerramento do motorista 1					
18:30						1F
19:00				Encerramento do motorista 2		

Exemplo prático:

O paciente 1A tem exame agendado fora do hospital às 7:30h. O paciente 1A será transportado pela ambulância 1, saindo do hospital às 06:30h. A mesma ambulância irá buscá-lo por volta das 9:00h, depois de deixar o paciente 1B em seu local de destino.

Conclusões

O serviço de transportes no hospital apresentava problemas recorrentes. O diagnóstico dos problemas e a proposta de soluções foram embasados em referencial bibliográfico e estudo técnico de demanda, por meio da análise de dados disponíveis em sistemas de informações. Isso propiciou racionalidade na organização dos padrões de trabalho necessários para atender à demanda, o que incluiu a criação de uma Central de Transportes.

Referências

- Creating a First-Class Centralized Patient Transportation Department: A 10-point plan. Taylor, Timothy A. Hospital Materiel Management Quarterly; May 1991; 12, 4 ABI/INFORM Global pg. 39
- Increased Productivity Through a Central Transportation System. Schall, Richard T. Hospital Materiel Management Quarterly; May 1988; 9, 4; ABI/INFORM Global pg. 77
- Developing a nursing managed central transportation service. McGinty, Betty, Ghiz, John. Nursing Management. Chicago: Nov 1993. Vol. 24, Iss. 11; pg. 62, 4 pgs

Qualidade e Segurança

P_212_2011 - Revisão da metodologia aplicada à redação de procedimentos assistenciais com foco na segurança do paciente, colaborador

Getulio Albuquerque da Silva, Cristina Satoko Mizoi, Selma Tavares Valerio, Sandra Yoko Yagiu da Silva, Paola Bruno de Araujo Andreoli, Marcos Tucherman, Adriana da Silva Pereira, Carla Bernardes Ledo, Neilor Cardoso Guilherme

Resumo: O estudo analisa o impacto de um novo método de redação de procedimentos assistenciais, incorporando aspectos de segurança relacionados aos pacientes, colaboradores e ao ambiente. Dois grupos de 38 profissionais de enfermagem passaram por processo de validação da técnica de punção venosa periférica, sendo que o grupo intervenção foi treinado com o procedimento novo. Os dois grupos apresentaram mais erros nos itens de segurança do colaborador; o grupo intervenção apresentou menor número de erros (16%) quando comparado ao grupo controle (25%). A visão ampliada destes itens melhora a eficácia das barreiras físicas e comportamentais prevenindo eventos adversos.

Introdução:

A descrição do procedimento operacional é um recurso dos programas de qualidade, no qual é descrito o passo a passo das tarefas e atividades dos processos produtivos ou da prestação de serviço, com o objetivo de padronizar a melhor prática dentro do contexto onde foi desenvolvido e garantir o mesmo padrão de execução por todos os profissionais.

Nos serviços de assistência a saúde, os procedimentos operacionais ligados a atividades assistenciais, determinam a forma de operação e execução dos cuidados prestados aos pacientes, conforme recomendado pela instituição, focando o uso de boas práticas e a organização da assistência a beira leito.

Todos os procedimentos operacionais embasam os treinamentos dos profissionais, desde a admissão, as revisões e validações periódicas de desempenho profissional.

Recentemente novos conceitos e requisitos para uma prática segura ao paciente, ao colaborador e ao ambiente foram incorporados nos serviços de saúde.

Os requisitos de segurança do paciente determinam uma prática segura de assistência ao paciente dentro do ambiente hospitalar.

Os requisitos de segurança e saúde ocupacional têm como objetivo alertar o profissional para o reconhecimento dos perigos e riscos presentes no ambiente e nas atividades assistenciais, orientando-o na adoção de medidas preventivas e de proteção, contribuindo assim para a redução de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais;

Os requisitos de sustentabilidade e meio ambiente focam os aspectos e impactos relacionados ao desempenho das atividades globais de cada área com a padronização de boas práticas de sustentabilidade e proteção ao meio ambiente;

Na descrição dos procedimentos operacionais observou-se a falta de integração entre os requisitos de segurança considerando as boas práticas em relação aos procedimentos técnicos; a segurança do paciente; a segurança do colaborador e a segurança do meio ambiente, influenciando os profissionais de saúde a entenderem que a execução de um procedimento operacional estava dissociada de uma prática segura e de uma visão integral de segurança.

Objetivos:

Analisar o impacto do uso de um novo método e modelo de descrição e treinamento para realização de procedimentos assistenciais, direcionando o profissional para a correta aplicação de barreiras e técnicas de segurança assistencial.

Justificativa:

Os procedimentos operacionais assistenciais focam apenas a forma de operação e execução dos cuidados assistenciais, isto é, está centrado no uso de boas práticas técnicas e da organização do cuidado assistencial.

Atualmente este formato ou modelo não é compatível com os modernos sistemas de gestão integrada de segurança, pois apesar de contemplar os avanços tecnológicos e científicos (boas práticas), permanece a carência de informações que reforcem a segurança e proteção do paciente, colaborador e meio ambiente.

Metodologia:**Delineamento do estudo**

O estudo é do tipo caso-controle cuja variável de estudo utilizada foi a verificação, por meio de um check-list estruturado, da correta aplicação de técnicas para garantia da segurança dos procedimentos assistenciais.

Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital privado, filantrópico, de grande porte no município de São Paulo, com 574 leitos e 9.000 colaboradores.

População e amostra

A amostra foi constituída de profissionais de enfermagem que prestam assistência aos pacientes internados. Considerando que nas unidades de internação de Clínica Médica Cirúrgica temos 607 profissionais que ocupam cargos elegíveis para a amostra (204 enfermeiros plenos e 403 técnicos de enfermagem); média de 42 colaboradores por unidade e com base no erro amostral tolerável de 5%, o cálculo corrigido para a população definiu a amostra final em 38 profissionais (13 enfermeiros plenos e 25 técnicos de enfermagem) para o grupo controle e 38 profissionais (13 enfermeiros plenos e 25 técnicos de enfermagem) para o grupo intervenção. O critério de elegibilidade foi ser enfermeiro pleno ou técnico de enfermagem alocados nas unidades de clínica medica cirúrgica com mais de 01 ano de atuação na assistência direta aos pacientes dentro da Instituição.

Instrumento de coleta de dados

O grupo controle e grupo intervenção foram submetidos a uma avaliação de conhecimento prático por meio de um check list elaborado a partir do novo modelo de descrição do procedimento de punção venosa periférica.

Procedimento de coleta de dados

O grupo controle foi constituído por profissionais que não leram previamente a descrição do procedimento, uma vez que é um procedimento da prática diária e, o grupo intervenção, composto por profissionais que receberam e leram previamente o novo modelo de descrição do procedimento de punção venosa periférica.

Os dados foram coletados por avaliadores treinados, sendo explicados a cada um dos profissionais de enfermagem, seus objetivos e em que consistia sua participação. Após concordarem em participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado segundo as recomendações estabelecidas na Resolução 196/96 referente às normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos.

A coleta de dados foi realizada por meio da observação dos avaliadores durante a realização do procedimento de punção venosa periférica.

O procedimento foi realizado em um ambiente simulado do quarto do paciente, utilizando manequins de procedimentos, bem como, todos os materiais e equipamentos disponíveis para a execução desse procedimento conforme descrição em documentação.

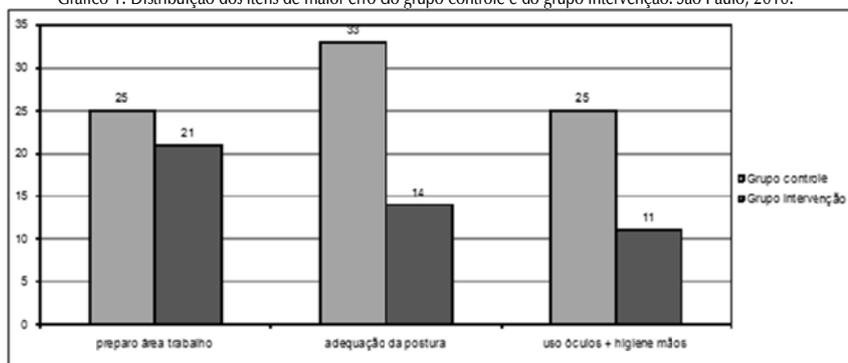
Em seguida, foi solicitado aos sujeitos que selecionassem o material para a realização da técnica e após entrasse na sala para a execução desse procedimento. Os avaliadores por meio do check list acompanhavam a realização da técnica pelos sujeitos por meio da observação direta, sem qualquer interferência durante a realização deste. Checando assim, passo a passo da técnica, registrando sim ou não de acordo com o desempenho desse procedimento por parte dos sujeitos. Os dados foram coletados em dois dias, um dia com o grupo controle e outro dia com o grupo de intervenção.

Resultados:

Análise dos dados

Os dados foram analisados quantitativamente e apresentados sob forma de tabelas e gráficos.

Gráfico 1: Distribuição dos itens de maior erro do grupo controle e do grupo intervenção. São Paulo, 2010.



O gráfico 1 mostra que os erros tanto do grupo controle quanto do grupo intervenção aparecem mais frequentemente relacionados a segurança do colaborador e ambiente.

Observa-se, também que o grupo controle apresentou maior frequência de erros nos itens observados.

Os itens de maior expressão no grupo controle e grupo intervenção e considerados como críticos na descrição do procedimento estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos itens de maior erro e maior acerto do grupo controle e grupo intervenção considerados como críticos na documentação institucional. São Paulo, 2010.

	Grupo Controle		Grupo Intervenção	
	Erro (%)	Acerto (%)	Erro (%)	Acerto (%)
Retirada de óculos	60	40		
Colocação dos óculos	62	38		
Postura adequada	62	38	38	62
Preparo da área de trabalho	42	48	42	58
Descarte de perfurocortante	0	100	4	96
Posicionamento do dedo no local a ser punccionado	16	84	8	92
Remoção do fio guia	16	84	8	92
Calçar luvas de procedimento			12	88
Higienizar as mãos			12	88

Os maiores acertos do grupo controle estão relacionados ao procedimento técnico (itens 6 e 7) e os maiores erros relacionados aos itens de segurança do colaborador.

Os acertos do grupo intervenção estão relacionados aos procedimentos técnico (itens 6 e 7), segurança do colaborador (itens 8 e 9) e segurança do ambiente (item 5).

O grupo intervenção apresentou o menor número de erros (16%) quando comparados ao grupo controle (25%).

Conclusões:

O estudo mostrou que a cultura de segurança do paciente, colaborador e ambiente ainda não estão presentes na execução do cuidado ao paciente e que a introdução desses requisitos na descrição dos procedimentos assistenciais trará benefícios, desde que haja esforços para que a leitura do procedimento seja realizada.

Referências

- Joint Commission International Center for Patient Safety - www.jcipientientsafety.org/
 Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: Facility Management and Safety standards (FMS)
 Manuais de legislação – Segurança e Medicina do Trabalho. 60ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.
 BSI (BRITISH STANDARDS INSTITUTION). Occupational health and safety assessment series - OHSAS 18001: Specification for Occupational Health and Safety management systems. Londres: BSI, 2007.
 ABNT NBR ISO 14001:2004 - Sistemas de Gestão Ambiental
 Guia de Conhecimentos em Gerenciamento de Projetos PMBOK. 3ª Ed. São Paulo: Project Management Institute, 2005.

P_213_2011 - Erros de Medicação: uma revisão bibliográfica para construção da diretriz assistencial

Valeria Lee

Resumo: Erros relacionados à medicação ocorrem em todo o mundo, por isso estudos têm sido desenvolvidos a fim de reduzir a ocorrência dos erros e de aumentar a segurança dos clientes quando inseridos no ambiente hospitalar. Este estudo teve como objetivo identificar as ações de prevenção do erro de medicação, nas instituições hospitalares, descritas na literatura nos anos de 2006 e 2007. Por meio de pesquisa bibliográfica na base de dados Med Line, foi possível evidenciar que os erros de medicação acontecem em todas as etapas: prescrição, dispensação, distribuição, preparo e administração dos medicamentos; desta forma as pesquisas sugerem entre outros: a informatização do sistema de prescrição médica ou a prescrição médica impressa; a inserção do farmacêutico na revisão da prescrição médica; local adequado para o preparo de medicações ou um armário com fechadura exclusivo para o preparo de medicação dentro do quarto dos pacientes; padronização dos equipamentos utilizados no hospital; treinamento dos colaboradores sobre as drogas. Concluiu-se, nesta pesquisa, que existem muitas variáveis que interferem no processo de medicação que podem levar ao erro, sendo que para haver sucesso na diminuição das ocorrências de erro, todas as medidas preventivas devem ser tomadas, em todas as etapas, revelando que falhas deste processo podem levar ao dano ou morte de uma pessoa.

Introdução

A segurança dos clientes quando inseridos em uma instituição de saúde se tornou uma prioridade no Brasil e no exterior nos últimos anos^{1,2,3,4}. Nesse sentido, assegurar o máximo de qualidade e o mínimo de riscos durante o período de sua internação é o caminho lógico a ser trilhado.

A prática de administração de medicamentos, por ser um sistema complexo, com vários processos interligados, independentes e constituído por diferentes profissionais da área do conhecimento⁵, apresenta características que facilitam o aumento desses riscos, podendo comprometer a segurança dos pacientes.

O processo de administração de medicação inicia-se no momento da prescrição pelo médico, seguido pela dispensação e distribuição dos medicamentos pela equipe da farmácia (auxiliares e técnicos de farmácia e farmacêuticos) até a preparação dos medicamentos e administração pela equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros). Existem ainda hospitais que possuem um quadro maior de funcionários participantes deste processo, como escriturários, atendentes de farmácia, residentes médicos, de enfermagem, de farmácia, e estagiários.

Segundo a National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC-MERP) erro de medicação é definido como

...qualquer evento evitável que pode causar ou levar ao uso inapropriado do medicamento ou a danos no paciente, enquanto o medicamento está sob controle de profissionais da saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos da saúde, aos procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da prescrição, rótulo dos produtos, embalagem e nomenclatura, à composição, à dispensação, à distribuição, à administração, à educação, à supervisão e ao uso.⁶

Os erros de medicação podem ser classificados em: erros de omissão; erro na administração de medicamento não autorizado ou não prescrito pelo médico; erro em dose extra; erro referente à via de administração; erro com a dosagem; erro devido ao horário incorreto; erro devido ao preparo incorreto do medicamento e/ou incorretamente formulado ou manipulado; erro devido à utilização de técnicas incorretas na administração; erro com medicamentos deteriorados; erro de prescrição; erro de distribuição; erro potencial: são aqueles que ocorreram na prescrição, distribuição ou administração dos medicamentos, mas que não causaram dano ao paciente^{7,14}.

Além disso, a NCC MERP⁸, em 2001, categorizou os erros de medicação de A a I segundo o dano, a monitorização e as intervenções necessárias para suporte de vida:

Categoria A: não ocorreu o erro;

Categoria B: ocorreu erro, porém não atingiu o paciente;

Categoria C: ocorreu erro, atingiu o paciente, porém não houve dano;

Categoria D: ocorreu o erro, atingiu o paciente e houve a necessidade de monitorá-lo para confirmar se houve dano ou não e/ou foi necessária uma intervenção para evitar o dano;

Categoria E: ocorreu um erro que contribuiu ou resultou em um dano temporário para o paciente e foi necessária intervenção;

Categoria F: ocorreu um erro que contribuiu ou resultou em um dano temporário para o paciente e foi preciso iniciar ou aumentar o período de hospitalização;

Categoria G: ocorreu um erro que contribuiu ou resultou em um dano permanente ao paciente.

Categoria H: ocorreu um erro que necessitou de intervenção para o suporte de vida (como suporte cardiovascular e respiratório);

Categoria I: ocorreu um erro que contribuiu ou resultou na morte do paciente.

Os EUA, em 1993, estimaram 7.391 mortes devido a erros de medicação, sendo que de 2% a 14% dessas mortes ocorreram em pacientes hospitalizados⁵. Outros estudos mostraram que este mesmo país gasta, por ano, em torno de US\$ 76,6 bilhões com a morbi-mortalidade referente a erros de medicação⁹. O Reino Unido gastou ao redor de dois bilhões de euros com o prolongamento das internações¹⁰.

No Brasil, as estatísticas referentes a erros de medicação são escassas, apesar dos esforços da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que criou em 2001, uma rede de hospitais sentinelas para tratar desse assunto¹¹.

A realidade é que existem muitos fatores que levam ao erro de medicação, e este assunto vem sendo amplamente estudado pela comunidade científica.

Não obstante, sabendo-se da importância do tema, esta pesquisa está direcionada a identificar as ações que têm sido eficazes na prevenção de erros de medicação, relatadas na literatura, a fim de aumentar a segurança do paciente durante o seu período de internação.

2. OBJETIVOS

Conhecer a produção científica sobre erros de medicação.

Identificar as ações de prevenção de erro de medicação no ambiente hospitalar, descritas na literatura nos anos de 2006 e 2007.

Propor uma diretriz assistencial de enfermagem.

3. MÉTODO

O método utilizado para esta pesquisa foi a revisão bibliográfica da literatura. Para isto foi utilizada a palavra-chave 'erros de medicação na base de dados Medline, nos anos de 2002 a 2007.

Foi escolhida apenas a base de dados Medline por possuir um dos maiores acervos de publicações disponíveis pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Nesta primeira etapa da busca foram encontrados 1230 textos, destes foram excluídos 864 pesquisas: 489 por não possuírem resumo; 42 por se tratarem, diretamente, de eventos adversos; cinco de erros com nutrição parenteral, 39 estudos fora do ambiente hospitalar; 38 considerados estudos de drogas específicas; 274 por não possuírem título e resumo significativo ao tema, e 21 por erros de cálculos matemáticos (que não se aplica à realidade brasileira), restando 365 artigos.

Optou-se por analisar os artigos mais atuais sobre erros de medicação, desta forma, destes 365 artigos foram incluídos apenas os de publicação nos últimos dois anos (2006 e 2007), totalizando 57 textos. A partir destes 57 artigos, ainda, foram excluídos 23 por não estarem disponíveis em meio eletrônico ou em meio físico na cidade de

São Paulo, quatro por não possuírem metodologia não caracterizada como pesquisa, um por tratar-se apenas de pacientes fora do ambiente hospitalar, sete por não responderem a pergunta desta pesquisa e um por ser um estudo de caso. Foram analisados, no final da etapa de busca e seleção 21 textos.

4. RESULTADOS

Destacam-se, nessa revisão bibliográfica, as seguintes sugestões para diminuição da incidência do erro:

- Educação continuada: formação de grupos de discussão; importância do conhecimento e reconhecimento dos erros de medicação;
- Reestruturação do quadro de pessoal;
- Informatização da prescrição médica e sistema on-line de notificação de erros, sigilosa e próximo da hora que ocorreu;
- Processo de trabalho: melhorias no ambiente de trabalho como, iluminação, ventilação, isolamento; utilização da prescrição médica durante o preparo das medicações; pulseiras de identificação de pacientes; presença efetiva do enfermeiro no processo de preparo da medicação; farmacovigilância;
- Planta física: quartos individuais; utilização de armários de medicação dentro dos quartos;
- Sistema de etiquetagem das embalagens: com a identificação do medicamento e etiquetas coloridas para cada classe de drogas ou para diferenciação de nomes semelhantes;
- Padronização dos equipamentos na instituição e uniformizar equipamentos em uso.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão bibliográfica evidenciou que este assunto tem sido amplamente estudado e discutido mundialmente. Há o consenso entre os autores de que há necessidade de maior discussão dentro das instituições hospitalares a fim de clarificar e sedimentar o conceito de erros de medicação. Além disso, dentro do processo de medicação existem várias etapas que sofrem influência de variáveis internas e externas que aumentam a probabilidade da ocorrência do erro. Relacionado a isto está a dificuldade de se controlar a incidência dos erros. Os estudos atuais têm mostrado as ocorrências, tipos e causas de erros e mais estudos estão sendo realizados. Por isso, existem poucos dados concretos e abrangentes que atuem diretamente nas etapas do processo de medicação. Foram encontradas recomendações e ações gerenciais que não estão no âmbito de resolução dos profissionais que estão na assistência finalizando a administração de medicamento.

Recomenda-se que seja aprofundada a análise do que foi encontrado na literatura e feita uma comparação com os dados existentes dos indicadores da Instituição.

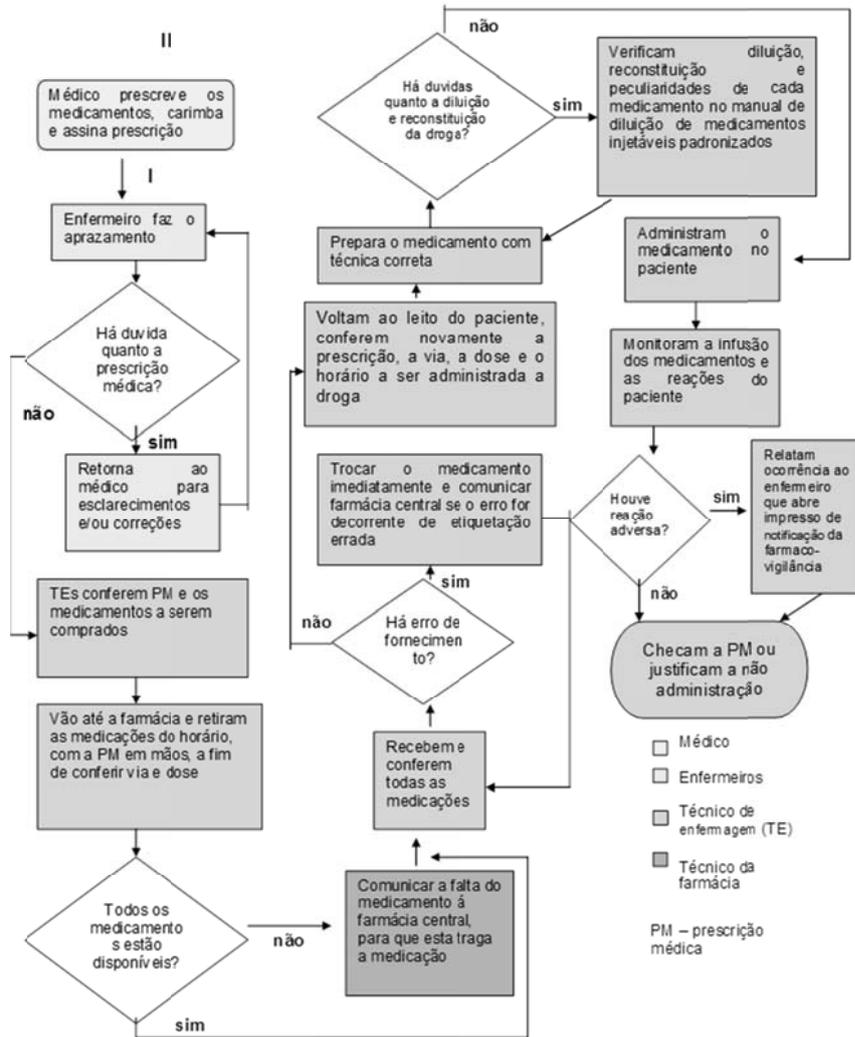
Este trabalho pode configurar-se como uma contribuição para que os profissionais envolvidos neste processo possam verificar a importância e o impacto deste tema nas suas ações diárias no que se refere à terapia medicamentosa. Também apresenta uma proposta de Diretriz Assistencial para Prevenção de Erros de Medicação, alinhada à realidade da Instituição tendo como base esta revisão da Literatura.

Referências

- 1 - Ashcroft DM, Cooke J. Retrospective analysis of medication incidents reported using an on-line reporting system. *Pharm World Sci* 2006; 28:359-65.
- 2 - Toffoletto MC, Padilha KG. Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(2):247-52.
- 3 - Costa LA, Loureiro S, de Oliveira MGG. Erros de medicação de dos hospitais de Brasil. *Farm Hosp* 2006; 30:235-39.
- 4 - Cassiani et al. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. *Rev Latino-am Enferm* 2004 set-out; 12(5):781-9.
- 5 - Miasso AI et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Rev Latino-am de Enferm* 2006a mai-jun; 14(3):354-63.
- 6 - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention - NCC MERP. What is a Medication Error?. 1998. Data do acesso 07 de out.07. Disponível em <http://www.nccmerp.org/about/MedErrors.html>.
- 7 - SILVA AEBdeC, CASSIANI SHB. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. *Rev Elet Enferm*. [periódico na internet] 2004, [acesso em 11 de out.2007]; 06(02): 279-85. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.
- 8 - National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention - NCC MERP. NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors. 2001. Data de acesso 11 de out.2007. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/pdf/indexColor2001-06-12.pdf>.
- 9 - Miasso AI et al. Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev Esc Enferm USP* 2006b; 40(4):524-32.
- 10 - Monzani AAS. A ponta do iceberg: o método de notificação de erro de medicação em um hospital geral privado do município de Campinas-SP. [Dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;2006.
- 11 - Rosa MB, Perini E. Quem foi?. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3):335-41.
- 12 - Carvalho VT, Cassiani SHB. Erros de medicação e consequências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 jul-ago; 10(4):523-9.
- 13 - American Society of Health-System Pharmacists. AHFS Drug Information® Users Guide. 2006. Data de acesso 11 de out.2007. Disponível em: http://www.ashp.org/ahfs/print/AHFS_User_Guide.pdf.
- 14 - Wolf Z. Medication errors and nursing responsibility. *Holistic Nursing Practice*1989; 4(1):8-17.
- 15 - 1) Miasso AI, Grou CR, Cassiani SHDB, Silva AEB, Fakihi FT - Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):524-32
- 16 - 2) Costa LA, Loureiro S, Oliveira MGG - Erros de medicação de dos hospitais de Brasil. *Farm Hosp* 2006; 30:235-39
- 17 - 3) Bennet J, Harper-femson LA, Tone J, Rajmohamed Y - Improving medication administration systems: na evaluation study. *Can Nurse* 2006 oct; 102(8):35-9
- 18 - 4) Toffoletto MC, Padilha KG - Consequências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Rev Enferm USP* 2006; 40(2):247-52.
- 19 - 5) Miller MR, Clark JS, Lehmann CU. Computer based medication error reporting: insights and implications. *Qual Saf Health Care*; 15(3):208-13,2006 Jun.
- 20 - 6) Ashcroft DM, Cooke J - Retrospective analysis of medication incidents reported using na on-line reporting system. *Pharm World Sci* (2006) 28:359-65
- 21 - 7) Hoefel HHK, Lautert L. Errors committed by nursing technicians and assistants in administering antibiotics- *Am J Infect Control* 2006; 34:437-42
- 22 - 8) Miasso AI et al - O Processo de preparo e administração de medicamentos: Identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação - *Rev Lat-Am Enf*. 2006; 14(3):354-63
- 23 - 9) Pinilla J; Murillo C; Carrasco G; Humet C- Case-control analysis of the financial custo of medication errors in hospitalize patients. *Eur J Healt Econom* 2006, 7: 66-71
- 24 - 10) Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Scnipper JL- Clinical Pharmacist and Inpatient Medical Care- *Arch Intern Med* 2006;166:955-964
- 25 - 11) Vira T, Colquhoun M, Etchells E - Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge- *Qual Saf Health Care* 2006;15:122-126
- 26 - 12) Meurer LN et al - Excess Mortality Caused By Medical Injury- *Ann Fam Med* 2006;4:410-416
- 27 - 13) Chaudhury H, Mahmood A, Valente M- Nurses perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: An exploratory comparative assesment- *Appl Nurs Research* 2006; 19:118-125.
- 28 - 14) Lane R, Stanton NA, Harrison D- Applying hierarchical task to medicantion administration errors- *App Ergonomics* 2004; 37: 669-679.
- 29 - 15) Carlton G, Blegen MA- Medication-Related Errors: A literature review of incidence and antecedents - *Ann Rev Nurs Res*
- 30 - 16) Henry KMB, Foureur M- Medication administration errors: understanding the issues- *Aust J Advan Nur* 2006; 23(3):33-41
- 31 - 17) Sanghera N et al. Interventions of Hospital Pharmacists in improving Drug Therapy in Children. *Drug Saf*; 29(11):1031-47, 2006.
- 31 -18) Bohomol E, Ramos LH. Percepções sobre o erro de medicação: análise de respostas da equipe de enfermagem. *Rev Latino-am enfermagem* 2006. Novembro-dezembro; 14(6).
- 32 - 19) Villegas AC et al, Errores en la prescricion y transcripcion de medicación em una unidad neonatal. *An Ped (Barcelona)*: 64 (4), 330-335, 2006
- 33 - 20) Ghaleb MA et al. Systematic Review of Medication errors in Pediatric Patient. *Ann Pharmacother*; 40:1766-77. 2006
- 34 - 21) Balas MC et al. . Frequency and Type of Errors and Near Errors Reported by Critical Care Nurses. *CJNR* 2006; 38 (2), 24-41

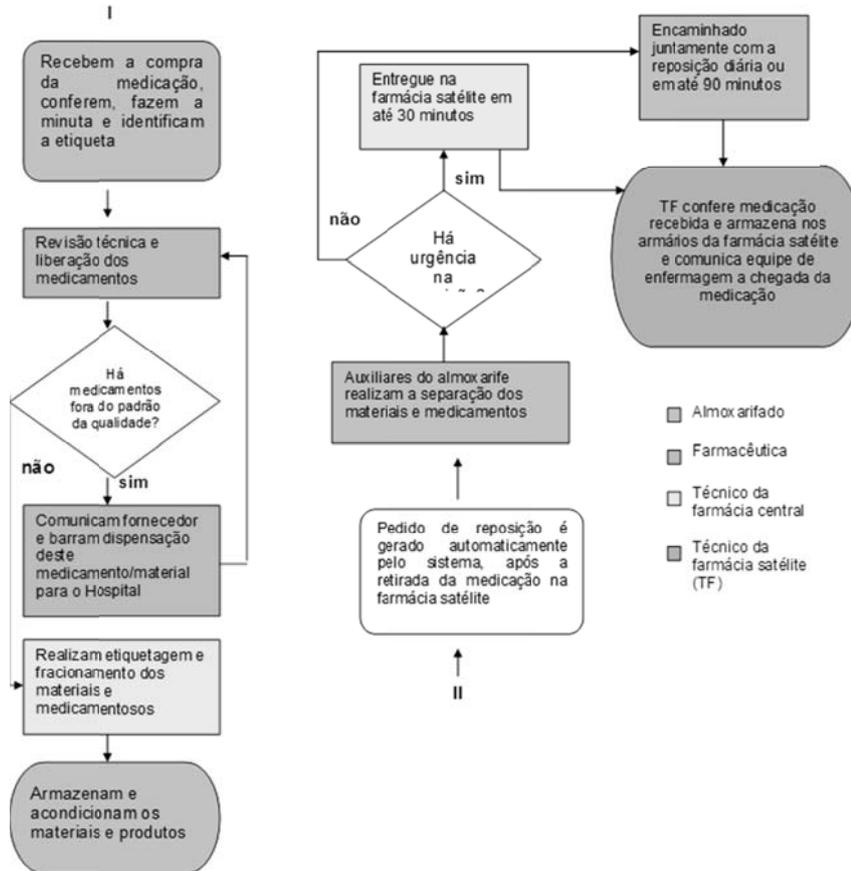
6-Fluxograma do processo de administração do medicamento

I - Farmácia satélite



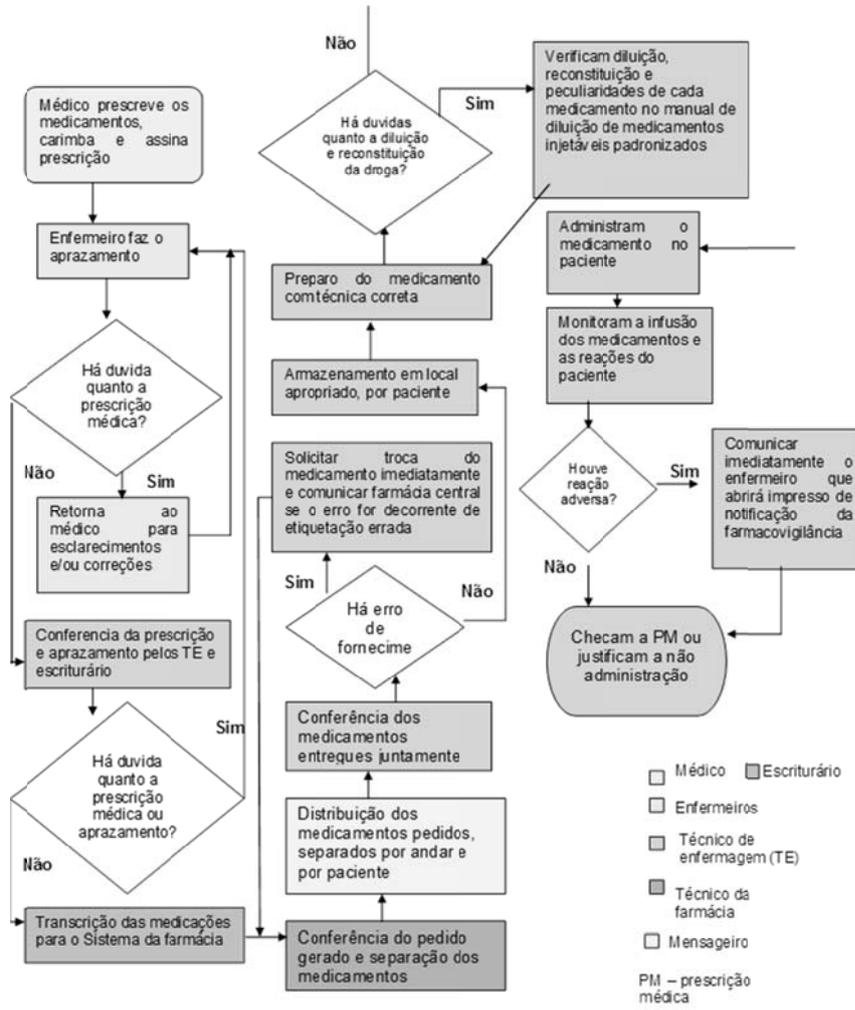
Fluxograma do processo de administração do medicamento

II. Farmácia central para satélite (medicamentos padronizados)



Fluxograma do processo de administração do medicamento

III. Farmácia central aos setores sem farmácia satélite



Acreditação

P_214_2011 - Avaliação de Pacientes em Hospital-Escola Terciário

Gabriela Scholer Trindade, Thielle Maria Vaske, Ana Laura Bueno, Michele Finkler, Mariza Machado Kluck

Resumo: Introdução: A qualidade assistencial é avaliada e padronizada pela Acreditação Hospitalar. Objetivo: identificar os elementos que não preenchem os requisitos da Acreditação Internacional na Avaliação de pacientes e propor planos de ação para resolução dos problemas identificados. Métodos: análise de dados obtidos no Relatório da Avaliação Diagnóstica e estratificar por padrões. Resultados: mais de metade dos elementos de mensuração estão conforme e 9,2% estão não conforme. Discussão: existem problemas nas avaliações iniciais dos pacientes, devendo-se implementar modelos de avaliação e conscientizar os profissionais. Conclusão: A análise de dados sobre qualidade do atendimento é de grande importância, permitindo melhor gestão hospitalar.

Introdução

A qualidade assistencial é o objetivo central tanto das instituições que trabalham com a saúde, como é o caso dos hospitais, quanto dos que usufruem dos serviços prestados pelas instituições. A nossa sociedade é cada vez mais exigente quanto à qualidade destes serviços. Com um conceito complexo, que difere conforme a formação profissional, a ética e os interesses envolvidos, a qualidade assistencial é basicamente a soma dos componentes necessários para se obter satisfação dos pacientes atendidos por uma instituição: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Uma das formas de avaliar e padronizar a qualidade da assistência prestada por organizações de saúde é a Acreditação Hospitalar. Esta ferramenta se caracteriza por um processo de avaliação externa dos recursos institucionais voluntário, periódico e reservado, realizado por meio da utilização de padrões previamente definidos. A Acreditação é um sistema de avaliação por pares e externa para determinar a adesão a um grupo de padrões; é um método de incentivo, avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde.

A Acreditação teve início nos Estados Unidos há mais de 80 anos e passou a ser utilizada nos países latino-americanos há 15 anos e no Brasil há 10 anos. Esta ferramenta de avaliação hospitalar é coordenada nacionalmente pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) e internacionalmente pela Joint Commission International (JCI), braço da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e representada no Brasil pela CBA.

A Acreditação Internacional por intermédio da JCI, que já acreditou cerca de 70 hospitais em 15 países, sendo 14 deles no Brasil tem trabalhado com organizações de saúde públicas e privadas, ministérios da saúde, e organizações globais, auxiliando-os na identificação de problemas existentes e na criação de mecanismos para alcançar a excelência na prestação de cuidados, de forma segura, eficaz e custo-efetiva para os cidadãos, através da prestação de serviços de certificação e Acreditação, bem como através de consultoria e serviços educativos com o objetivo. Para ser acreditada e manter um selo de qualidade, a instituição de saúde deve ser submetida, pelo menos a cada três anos, a uma vistoria no local por uma equipe de pesquisa da JCAHO e implementar as recomendações dos avaliadores para corrigir eventuais não conformidades aos padrões exigidos. Durante a avaliação, a estrutura, os processos e os resultados são avaliados e comparados com padrões pré-estabelecidos por um manual, o qual é composto por padrões focados nos pacientes e na organização e por elementos de mensuração.

O nosso Hospital, nacionalmente reconhecido como referência em saúde, é atualmente uma instituição pública de direito privado, vinculado academicamente à Universidade Federal, que atende prioritariamente ao Sistema Único de Saúde (95% dos atendimentos), oferecendo assistência de excelência com 60 especialidades. O Hospital realiza por ano cerca de 552 mil consultas, 29,2 mil internações, 40,6 mil procedimentos cirúrgicos, 370 transplantes e 3,9 mil partos, mantendo constantemente o objetivo de ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde.

Considerando a Acreditação Hospitalar como uma forma de motivação e de consolidação dos princípios da gestão de qualidade assistencial, desde 1997, o nosso Hospital tem sido avaliado pelos instrumentos de Acreditação no Brasil. De 2000 a 2006, participou do Programa de Brasileiro de Acreditação Hospitalar e tornou-se o primeiro hospital público, de grande porte e gaúcho a ser acreditado. Em 2008, tomou a decisão de adotar a Acreditação Internacional, objetivando alcançar através desta ferramenta implementações importantes para o Hospital como a busca autônoma de soluções, motivação das equipes e setores, instrumento de gestão e aprimoramento do sistema de informações com ênfase no desenvolvimento de indicadores. Em março de 2009, ingressou na terceira etapa para a obtenção do certificado de Acreditação, sendo esta focada na reparação de planos de ação para correção das não conformidades que foram identificadas através da realização de um relatório de não conformidades confeccionado após avaliação externa da instituição. Este relatório, composto de capítulos divididos entre as seções assistenciais e administração, é formado por padrões e elementos de mensuração, comentando estes em cada um dos 1214 padrões descritos e avaliados.

Nosso grupo analisou a situação do hospital na questão de Avaliação dos Pacientes, que conta com 173 padrões avaliados e é alocado na seção assistencial do relatório.

Objetivos

O objetivo desse estudo é analisar a avaliação dos pacientes no Hospital Terciário, de acordo com os padrões de Acreditação Internacional, identificando os elementos que não preenchem os requisitos e propondo planos de ação para uma melhor gestão.

Justificativa

O hospital se encontra em fase final para a Acreditação Internacional, prevista para 2012. A identificação dos padrões não conforme e programar um plano de ação para a correção desses itens é essencial para que o Hospital esteja preparado para a avaliação final. Este trabalho auxiliará na auto-avaliação e educação dos gestores e profissionais que trabalham na instituição, o que é indispensável ao longo do processo de Acreditação.

Métodos

Foi realizada uma revisão bibliográfica baseada em artigos sobre qualidade assistencial e Acreditação Hospitalar. Foi avaliado o capítulo do Manual de Acreditação Internacional, identificando os padrões e elementos de mensuração para a avaliação do paciente, podendo, assim compreender de forma ampla os quesitos necessários para preencher o capítulo.

Após essa etapa, os dados obtidos no Relatório da Avaliação Diagnóstica, realizada pelo CBA, na etapa de preparação do Hospital para a Acreditação Internacional, foram analisados, sendo identificados os elementos de mensuração que se apresentavam não conforme. Foram estratificados de acordo com os padrões de forma a se reconhecer quais padrões apresentam mais não conformidades.

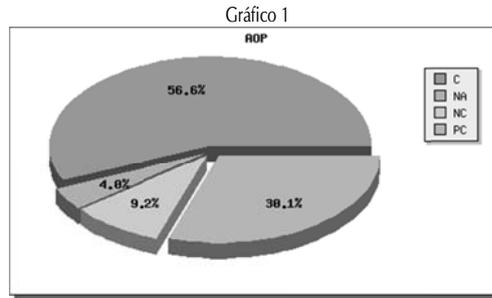
Resultados

O processo de avaliação do paciente consiste em três processos básicos: a coleta de informações, a análise de dados e o desenvolvimento de um plano que atenda às necessidades identificadas no processo de obtenção de dados. Como se trata de um processo contínuo e dinâmico, em que há necessidade de integração de diversas áreas, a padronização representa uma importante ferramenta na avaliação dos pacientes. Esses processos são detalhados por padrões e elementos de mensuração muito claros e com capacidade real de avaliação dos pacientes. Na tabela 1, vemos o resumo dos serviços analisados por cada padrão.

Tabela 1

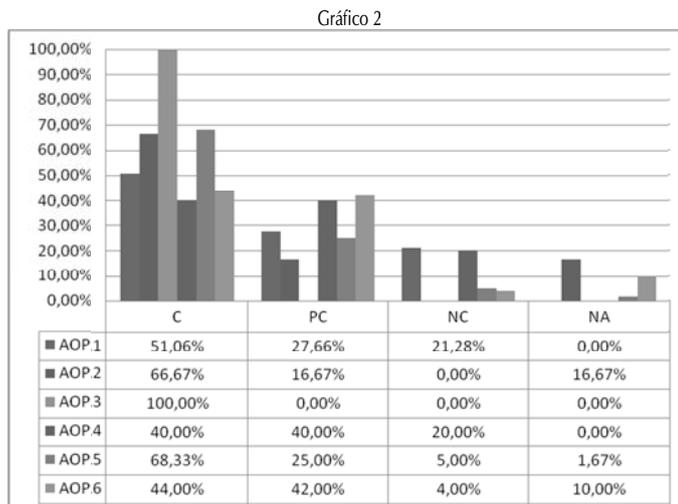
Padrão	DESCRIÇÃO DO PADRAO
AOP.1	Necessidades de todos pacientes atendidos identificadas através de processo de avaliação bem estabelecido
AOP.2	Pacientes reavaliados em intervalos apropriados para determinar resposta ao tratamento e planejar continuidade ou alta
AOP.3	Profissionais qualificados realizam as avaliações e reavaliações
AOP.4	Profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente colaboram para analisar e integrar as avaliações
AOP.5	Serviços de laboratório estão disponíveis para atender as necessidades do paciente e atendem aos padrões e às leis e regulamentos locais e nacionais
AOP.6	Serviços de radiologia e diagnóstico por imagem estão disponíveis para atender às necessidades do paciente e atendem aos padrões e às leis e regulamentos locais e nacionais

O Padrão AOP 1 contempla todos os quesitos para um bom atendimento inicial, como, por exemplo, exigência de processo de avaliação e conteúdo pré-determinado, avaliação de fatores físicos, psicológicos, sociais; avaliação médica e de enfermagem completas em prazo estabelecido pela instituição, rastreamento quanto às condições nutricionais, avaliação inicial individualizada para pacientes com condições especiais, planejamento de alta, rastreamento para dor. O padrão AOP 2 relaciona-se à reavaliação dos pacientes em intervalos apropriados para determinar sua resposta ao tratamento e planejar a continuidade do tratamento ou da alta, sendo composto por 6 elementos de mensuração. Os padrões AOP 3 e 4 analisam se existem profissionais qualificados para avaliação dos pacientes e se todos colaboram para analisar e integrar essa avaliação. Estes itens são obrigatórios para um atendimento de qualidade do paciente e são relativamente fácil de aferir através dos elementos de mensuração destes padrões. Por fim, os padrões AOP 5 e 6, os quais referem-se aos serviços laboratoriais e serviços de radiologia e diagnóstico por imagem, respectivamente, contemplam programas de segurança, disponibilidade do laboratório para atender às necessidades do paciente, prazo para resultado de exames, inspeção de equipamentos laboratoriais, estabelecimento de programa de qualidade para laboratório, programa de segurança para radiações.



Através do Relatório de Avaliação Diagnóstica, os dados referentes ao desempenho do Hospital no processo de avaliação do paciente são examinados. Observa-se que diversos elementos de mensuração não se adequam aos critérios estabelecidos. Porém, mais de metade dos elementos de mensuração estão conforme o manual, e somente 9,2% estão não conforme, estando o restante parcialmente conforme (gráfico 1).

O gráfico 2 revela a proporção de elementos conforme, parcialmente conforme e não conforme em cada padrão. Feita sua análise, notamos que somente o padrão AOP. 3 tem todos os seus elementos de mensuração conforme os critérios do manual. Em relação ao AOP. 1, 50% dos elementos de mensuração se apresentam conforme, sendo, todavia, o padrão com mais elementos não conforme (21,28%). O AOP. 2 não possui nenhum elemento não conforme, tendo 66% conforme. Já o AOP. 4 e 6 tem cerca de 40% de elementos conforme e parcialmente conforme. O AOP. 6 apresenta 4% de elementos não conforme, enquanto o AOP. 4 tem 20%.



O padrão AOP.1.1 tem todos os seus elementos de mensuração não conforme, assim como o padrão AOP. 1.7. O primeiro padrão avalia se a instituição determinou o escopo e o conteúdo das avaliações, com base nas leis e regulamentos aplicáveis. O segundo avalia se a instituição realiza avaliações iniciais individualizadas para os pacientes em condições especiais por ela atendidos. O padrão AOP. 1.8 que determina se a avaliação inicial inclui a determinação da necessidade do planejamento da alta, também não apresenta nenhuma conformidade.

Discussão

A instituição preenche mais de metade dos requisitos para a Acreditação Hospitalar no Capítulo de Avaliação de Pacientes, sendo menos de 10% dos elementos de mensuração não conforme ao manual de Acreditação Internacional. Os padrões que não se apresentam conforme são facilmente identificáveis.

Quanto ao processo de avaliação inicial, há um déficit na identificação das necessidades de todos os pacientes, já que não há uma política institucional definindo as informações a serem obtidas nas avaliações dos pacientes externos (AOP 1-2) e também de definição das informações e características da avaliação de forma sistematizada, como é exigência do padrão (AOP 1-3). Também não foram apresentadas políticas definindo o conteúdo das avaliações em cada disciplina (AOP 1.1-1), além do conteúdo das avaliações dos pacientes externos e internados (AOP 1.1-2), demonstrando uma deficiência na sistematização e implementação das políticas de avaliação dos pacientes.

A medida que a avaliação inicial é imprescindível para identificar as necessidades de cada paciente, podendo então proporcionar os devidos cuidados, a análise através do exame físico e história clínica permitem avaliar fatores físicos, psicológicos, sociais e econômicos, no entanto, o escopo dessa avaliação não está definido por política institucional (AOP 1.2-2). Além disso, a avaliação inicial, que deve ter como consequência um diagnóstico inicial é apenas parcialmente cumprida no Hospital.

As necessidades de cuidados médicos e de enfermagem são também identificadas na avaliação inicial do paciente, contudo, nestes quesitos, o Hospital não apresenta política adequada para definir essa avaliação (AOP 1.3-2 e 4).

Já em uma situação de emergência, as avaliações iniciais podem se limitar a uma breve nota sobre o diagnóstico pré-operatório do paciente, no entanto, houve setores do Hospital que encaminharam pacientes para cirurgia sem nenhum registro da decisão cirúrgica no prontuário, evidenciando uma falha no processo de sistematização (AOP 1.3.1-3).

Em relação ao cumprimento de prazos para as avaliações também há discordâncias, já que em todos os prontuários houve avaliação inicial imediatamente após a internação, demonstrando eficácia nesse sentido, no entanto, não há prazos estabelecidos pela instituição para início e conclusão das avaliações nos diferentes serviços do Hospital (AOP 1.4). Ainda em relação aos prontuários, as informações dos pacientes devem estar prontamente disponíveis para os cuidadores das mais diversas áreas e, embora os resultados das avaliações sejam registrados no prontuário dentro de 24h da internação, algumas informações, principalmente quanto a questões de nutrição e fisioterapia, não são completamente relatadas no prontuário. Apesar de os profissionais referirem integração das rotinas e condutas em relação aos pacientes, estas nem sempre são lançadas no prontuário, representando uma ineficiência nesse quesito (AOP 1.5-2).

Cada hospital identifica populações e situações especiais apresentadas pelos seus pacientes e altera adequadamente o processo de avaliação, na tentativa de adequar e tornar individualizado o atendimento de diferentes grupos populacionais, tais como pacientes muito jovens ou idosos, mulheres em trabalho de parto, pacientes terminais ou dependentes químicos, dentro outros possíveis grupos de pacientes. A modificação no processo de avaliação dos pacientes baseia-se nas características de cada grupo e tem por objetivo responder de maneira mais eficaz a suas necessidades. Essa individualização não se aplica ao Hospital, onde não foi apresentado processo de identificação de grupos de pacientes ou situações especiais para que a avaliação fosse feita de maneira particular (AOP 1.7-1 e 2).

Além da avaliação dos cuidados iniciais necessários, é relevante o planejamento da continuidade do manejo do paciente, o que envolve preparação e a necessidade de um plano de alta. Há mecanismos para a avaliação da alta, que incluem idade, morbidade e a necessidade de cuidados de enfermagem continuados, que facilitam a programação e iniciam logo após a internação do paciente. Contudo, esse planejamento do Hospital não se apresentou conforme a padronização desejada, evidenciando uma falha na condução de ações que visem a alta logo que possível após a internação (AOP 1.8.1-1 e 2).

Faz parte do processo de avaliação inicial o rastreamento da dor, e quando esta é identificada, é fundamental identificar intensidade e atributos da dor, tais como frequência, caráter e localização. Essa padronização da mensuração da dor é um instrumento muito útil no registro para reavaliação e seguimento, de modo que os critérios sejam correntes em toda a instituição e facilitem o alívio do paciente. Essa triagem para a evidência e graduação da dor é parcialmente atingida no Hospital, já que embora haja materiais didáticos orientado sobre o registro e manejo da dor, nem sempre há documentação da mesma (AOP 1.8.2-1 e 2).

A reavaliação dos pacientes em intervalos programados é fundamental para determinar a sua resposta ao tratamento. Apesar de haver essa reavaliação padronizada no hospital, há deficiência de documentação em inúmeros prontuários quanto ao registro de ações dos fármacos prescritos (AOP 2-1).

Embora os dados dos pacientes sejam analisados e integrados, no dia da avaliação da instituição, foram encontrados registros de análise e integração de dados médicos, da enfermagem e demais áreas da saúde responsáveis pelo cuidado dos pacientes, promovendo uma avaliação negativa quanto a esse quesito (AOP 4).

A inclusão do paciente e seus familiares no processo de decisão a cerca seu tratamento e condutas hospitalares é uma iniciativa adequada, que associada à integração dos profissionais responsáveis e a coordenação dos cuidados se traduz em facilidade no estabelecimento de decisões clínicas. Durante a avaliação do Hospital, não houve conformidade na apresentação da informação ao paciente e sua família sobre os planos de cuidado, tratamento e decisões terapêuticas (AOP 4.1-2 e 3).

Os serviços laboratoriais são parte importante do diagnóstico e manejo clínico, portanto estão disponíveis para atender às necessidades dos pacientes. Todos esses serviços complementares necessitam estar de acordo com padrões, leis e regulamentos locais e nacionais, para que possam oferecer segurança e embasamento tanto para médicos quanto pacientes. Embora tenha sido demonstrado que há preocupação quanto à biossegurança, riscos, treinamentos e equipamentos de proteção, não foi apresentado um programa de segurança do laboratório que contemplasse políticas de procedimentos, manipulação e descarte de materiais do laboratório ou infectados (AOP 5.1-1,2 e 3). Associado a isso, não foram apresentados prazos definidos pela instituição para a expedição do resultado dos exames, ainda que em todas as entrevistas com profissionais do hospital fosse informado que os prazos de expedição são adequados (AOP 5.3-1).

Também não foi encontrado um programa padronizado de gestão de equipamentos laboratoriais, bem como monitoramento e calibração desses equipamentos (AOP 5.4). Os equipamentos de diagnóstico por imagem obtiveram esse mesmo desempenho na avaliação (AOP 6.5).

A necessidade de um profissional responsável por gerenciar os serviços de exames laboratoriais ou de patologia clínica é evidente, já que a adequação aos padrões aplicáveis é atingida sob a supervisão de um profissional qualificado e com especialização e treinamento documentados. Os laboratórios do Hospital estão sob a supervisão de profissionais qualificados, entretanto, não foi apresentado durante a avaliação um programa de definição das responsabilidades da direção do laboratório (AOP 5.8).

Associados aos exames laboratoriais, os métodos de imagem constituem importante ferramenta diagnóstica, portanto, a disponibilidade de um serviço de radiologia é fundamental para atender as necessidades dos pacientes. Assim como os demais serviços hospitalares, esse serviço é creditado de acordo com padrões nacionais e internacionais. O serviço de diagnóstico por imagem do Hospital apresenta-se de acordo com essas normas, contudo, não foi apresentado um programa de segurança do serviço de radiologia e imagem, tampouco políticas apoiando o cumprimento dessas regulamentações (AOP 6.2).

Um profissional especializado deve assumir a responsabilidade acerca das instalações de radiologia, bem como pelos serviços oferecidos. A instituição analisada apresenta-se sob a direção de profissionais qualificados, no entanto, não há a implementação de políticas quanto às suas responsabilidades (AOP 6.7). Além disso, não há procedimentos de controle de qualidade estabelecidos para validação de métodos de exames e documentação das ações corretivas no serviço de radiologia e diagnóstico por imagem (AOP 6.8).

Para obter o certificado de Acreditação Hospitalar Internacional, a gestão do nosso Hospital deve tomar medidas para resolver os quesitos que não se apresentam conforme os padrões internacionais. Entre os problemas que devem ser solucionados rapidamente são os que se apresentam em não conformidade em todos os seus elementos de mensuração do padrão AOP. Os principais problemas podem ser resolvidos com a implementação de modelos de avaliação de pacientes, que permitam padronizar as avaliações de todas as disciplinas e identificar pacientes especiais ou com alta crítica.

O Hospital precisa desenvolver e executar políticas que determinem o escopo e o conteúdo das avaliações dos pacientes para cada disciplina. Podem ser desenvolvidos modelos de avaliações para cada disciplina, que servem como referência para todas as avaliações, padronizando os atendimentos. Contudo, os modelos devem incluir as

diferenças das avaliações de cada disciplina, dando o devido enfoque especializado de cada área que atua com o paciente. Nesse mesmo modelo de avaliação devem ser incluídos itens que permitam identificar grupos de pacientes em condições especiais, como uma avaliação inicial. Assim, mesmo que padronizado, o atendimento se individualiza, principalmente, quando for reconhecido um paciente com necessidades especiais. Ao se encaixar em uma das condições especiais, o protocolo de atendimento deve ser modificado, aprimorando o atendimento do paciente. Dessa forma, ao desenvolver um modelo de avaliação para cada grupo, o profissional estaria orientado a suprir as necessidades e particularidades de cada paciente.

Ainda seguindo modelo de padronização, os problemas encontrados no planejamento da alta podem ser resolvidos. O protocolo de atendimento pode incluir a identificação de pacientes em que o planejamento de alta é crítico. Assim, ao se reconhecer os critérios de dificuldade de alta hospitalar, já se pode planejar e tomar condutas que permitam isso. Ao se fazer arranjos necessários para a alta desde o início da internação, o tempo de permanência hospitalar é diminuído, permitindo uma redução de gastos desnecessários.

Porém, todas essas medidas só são possíveis com a conscientização dos profissionais do Hospital. Para isso, é necessário que se realizem reuniões nos serviços e com cada disciplina, orientando sobre os modelos de avaliação, sobre a sua importância e as melhorias que trazem.

Conclusão

O estudo revela que o nosso Hospital possui um bom desempenho na avaliação dos pacientes, porém existem mudanças que precisam ser implementadas. O principal problema identificado foi nas avaliações iniciais dos pacientes, pois não existem modelos de atendimento para cada disciplina, além de não existirem protocolos para o reconhecimento de pacientes com necessidades especiais e alta crítica. A orientação dos profissionais auxiliaria a colocar em práticas esses modelos, de modo que fossem efetivos.

O exame dos dados sobre qualidade do atendimento é de grande importância, pois permite que sejam norteadores da gestão hospitalar. A análise crítica indica onde devem ser feitas as melhorias e qual a melhor medida para que se resolva o problema com um bom custo-benefício. Assim, o Hospital poderá atingir a Acreditação Internacional, prevista para 2012.

Referências

Acreditação, Ética e Cidadania como Processos Indutores da Qualidade Hospitalar – André Cezar Medici

Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores – Dr. Uriel Zanon

A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores – Mariza Klück, José Ricardo Guimarães, Jair Ferreira, Carlos Alberto

Prompt

Capítulo de Avaliação dos Pacientes do Manual de Acreditação Hospitalar Internacional da JCI

Relatório da Avaliação Diagnóstica realizada pelo CBA na etapa de preparação do HCPA para a Acreditação Internacional

Site Hospital de Clínicas de Porto Alegre: www.hcpa.ufrgs.br

Relatório Anual 2009 – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Qualidade e Segurança

P_216_2011 - Aspectos da Qualidade e Recuperação de Serviços na Saúde: Um Enfoque nos Serviços Odontológicos

Janduhy Camilo Passos, Vídigal Fernandes Martins, Marco Aurélio Afonso Abreu

Resumo: Esse artigo aborda a qualidade e a recuperação dos serviços odontológicos. Através de uma pesquisa bibliográfica, são levantados aspectos que devem ser observados pelos odontólogos, face à intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade dos serviços que ofertam. Verificou-se que a qualidade dos serviços odontológicos relaciona-se as habilidades interpessoais e as formas de comunicação que favorecem o desenvolvimento e a manutenção da confiança entre o prestador de serviços e o paciente. Na recuperação e qualidade dos serviços odontológicos devem ser realizadas ações tangíveis e intangíveis, sendo necessário que os odontólogos desenvolvam competências que os permitam combinar os fatores desempenho, atendimento e custo.

Palavras-chave: Serviços odontológicos; Qualidade; Recuperação de serviços.

1. Introdução

A área de saúde vivencia uma quebra de paradigmas oriunda dos efeitos produzidos pela chamada “Era do Cliente”, surgida na década de 80 e introduzida no Brasil com a Abertura de Mercado a partir de 1990 (CAPRONI, 2006). Nesse contexto, a satisfação da clientela é valorizada e expressões como marketing, comunicação, relacionamento interpessoal, qualidade em serviços e atendimento personalizado se configuram como elementos importantes a serem analisados por todos os que militam no campo da saúde, considerando que a relação doutor/paciente foi gradativamente substituída pela profissional/cliente (ASSADA, 2006).

Assim, observa-se que o sucesso efetivo na prestação de serviços de saúde requer dos seus profissionais habilidades não restritas apenas ao seu campo de atuação, mas que abrangem domínios diversos do conhecimento como, por exemplo, saberes relativos ao âmbito da Administração. Isso, tendo em vista que essa área engloba fatores como definições de estratégias e planejamento, gestão de recursos mercadológicos, materiais, humanos e financeiros, indicadores de qualidade, dentre outros. Na verdade, componentes fundamentais para o estabelecimento da diferenciação necessária ao êxito dos profissionais de qualquer especialidade da saúde, face à conjuntura atual caracterizada por ampla concorrência de profissionais, tratamentos e clínicas, especializações, preços diferenciados, dentre outros fatores.

Também, é relevante o fato de que mesmo estando inserida no setor de serviços, a área da saúde tem características particulares que a diferencia dos demais serviços em virtude das suas atividades estar diretamente relacionadas a preservação da vida. Segundo Garvin (1990) apud Souza, Griebeler e Godoy (2007) três distinções assinalam as organizações de saúde, a saber: não há clareza entre a relação entradas e saídas, em grande parte, devido ao tempo essencial para os resultados sejam observados; além disso, é possível que os pacientes tenham dificuldades na avaliação dos aspectos técnicos; outro fator refere-se ao fato de que nas organizações de saúde de maior porte (como os grandes hospitais) existem linhas de autoridades distintas referentes ao pessoal administrativo e os médicos, o que é contrário a autoridade única predominante nos outros tipos de organizações.

Outro aspecto importante diz respeito a possibilidade da qualidade apresentar duas dimensões diferenciadas: a qualidade técnica, relativa ao que é oferecido ao cliente visando a sua satisfação; e a qualidade funcional, referente a como o serviço é prestado (GRÖNROOS, 2003). Sabe-se que na área da saúde há avanços significativos na qualidade técnica, o que é pontuado pelo número expressivo de produções científicas cuja abordagem recai sobre a etiologia e o tratamento das doenças. Entretanto, os estudos sobre a qualidade funcional da prestação de serviços de saúde ainda são restritos, denotando a necessidade de mais conhecimentos nesse campo de estudos, pois, quando do julgamento da qualidade na prestação de serviços de saúde, geralmente, os pacientes referenciam as suas percepções tendo como base os aspectos em que se sentem mais qualificados para avaliar. Nesse sentido, estando em uma posição em que não seja possível (ou não esteja apto) avaliar serviços de maior complexidade técnica, os consumidores usam outras dimensões para efetivar as suas avaliações (SANTOS, 2004). Essas considerações demonstram que conhecer a visão dos clientes

quanto à qualidade funcional dos serviços de saúde torna-se um diferencial para a satisfação e fidelização dos mesmos, visto que entender o que a clientela espera é o princípio fundamental da qualidade (DEMING, 1990; PALADINI, 1995).

Partindo desses pressupostos, esse artigo tem como objetivo efetuar considerações sobre os aspectos da qualidade e da recuperação de serviços em saúde, enfocando os serviços odontológicos. Para tanto, concebe que o enfoque em torno de uma categoria profissional permitirá uma discussão mais particularizada, pois apesar das semelhanças entre os serviços ofertados pelos profissionais da saúde, uma vez que todos atuam com a prevenção, profilaxia e manutenção do bem-estar dos indivíduos, existem diferenças concernentes ao tipo de serviço de saúde realizado. Na verdade, entende-se que existam semelhanças pelo fato de todos lidarem com o mesmo objeto, a saúde, que é detentora de características que favorecem a subjetividade quando os pacientes analisam a qualidade dos serviços recebidos.

2. Considerações gerais sobre a recuperação de serviços no campo da saúde

O setor de prestação de serviços configura-se como um dos líderes da nova onda de expansão econômica tornando-se importante componente no processo de crescimento global. De acordo com Lovelock e Wright (2006), "os serviços constituem o grosso da economia de hoje, não só no Brasil, onde respondem por 56,7% do Produto Interno Bruto (PIB), mas também no mundo".

A prestação de serviços tem se caracterizado como o foco das atividades econômicas do mundo moderno, sendo essencial para o desenvolvimento das sociedades atuais. Todavia, como as operações de serviços possuem maior complexidade, dado que se baseiam no relacionamento entre consumidores e os funcionários da linha de frente, os erros e as falhas ocorrem com frequência exigindo que as organizações estabeleçam procedimentos que promovam a recuperação do serviço, posto que nessa conjuntura, a satisfação dos clientes é fundamental para a sobrevivência das organizações.

A recuperação de serviços é caracterizada pelos esforços sistematizados de uma organização após a ocorrência de uma falha para a correção do problema e a retenção da boa vontade do cliente. Portanto, recuperar serviços consiste em desenvolver ações para solucionar problemas com o intuito de alterar as atitudes negativas de consumidores insatisfeitos, visando mantê-los na organização (LOVELOCK e WRIGHT, 2006).

Nesse sentido, os prestadores de serviços devem ter como meta proporcionar ao cliente uma experiência positiva já no seu primeiro contato com a organização. Todavia, em função dos imperativos ambientais, da multiplicidade de fatores e expectativas variadas da clientela, além das formas de envolvimento dos funcionários na realização das suas tarefas, os erros ocorrem com frequência. É uma falha no serviço que oferece a oportunidade de recuperar o erro e uma segunda chance para proporcionar uma experiência positiva de serviço (MILLER, CRAIGHEAD e KARWAN, 2000).

Várias pesquisas têm sido empreendidas para conhecer de quais modos o consumidor se comporta frente a situações de erros ocorridas no momento da prestação do serviço. Do mesmo modo, é enfocada a atuação das organizações quando da ocorrência dos erros ou no ato da clientela apresentar reclamações. Os resultados mostraram que as situações de insatisfação desencadeiam propagandas negativas, disseminadas através dos contatos de um cliente com outro. No entanto, essas problemáticas podem ser evitadas, caso a organização esteja voltada para o cliente, ouvindo suas reclamações e programando resoluções que tragam satisfações e repercutam na credibilidade organizacional.

Conforme assinalam Reichheld e Sasser (1990) apud Santos e Fernandes, (2007) custa de três a cinco vezes mais a obtenção de novos clientes do que manter os atuais da carteira. Ademais, a clientela atual da organização recebe os seus esforços mercadológicos com mais impacto, pois já estão habituados com a organização em todos os seus aspectos (procedimentos, colaboradores, etc.) sendo menos atraídos pelos preços praticados nas empresas competidoras. Esses aspectos denotam a importância de se manter a qualidade no serviço ofertado como meio de fidelização da clientela da organização.

De acordo com Miller, Craighead e Karwan (2000) antecedendo a recuperação de um serviço em uma organização estão fatores como o envolvimento do consumidor; a qualidade do serviço; a gravidade da falha; as garantias ofertadas. Além disso, elementos como autonomia do pessoal da linha de frente e a rapidez da recuperação se constituem em fatores de sucesso para que um serviço seja recuperado. Para os autores supracitados, é importante considerar também os seguintes aspectos: (i) o consumidor atribui muita importância a retratação; (ii) as falhas graves requerem atitudes incisivas; (iii) as formas de recuperação são multidimensionais; (iv) a rapidez de resposta é fator-chave para satisfação do cliente; (v) as falhas graves são mais difíceis de serem reparadas.

Nos serviços de saúde os fatores citados são relevantes, pois na avaliação da qualidade, em consonância com a expectativa do cliente, encontram-se elementos como: a obtenção de explicações sobre o tratamento efetuado; contatos amigáveis, recebimento de informações de modo espontâneo, sem necessidade de inquirição ao profissional de saúde que faz o atendimento; manutenção do contato visual na comunicação com o profissional de saúde; o incentivo a perguntas, para recebimento de feedback do paciente, suas emoções e sentimentos quanto à doença, dentre outros (LECKIE et al, 2006 apud CAMPOS, 2008). Todos os fatores fazem alusão ao relacionamento interpessoal e a capacidade adequada de comunicação.

Deve-se considerar que na área de saúde os clientes buscam estabelecer uma relação de confiança com os prestadores de serviços, face à vulnerabilidade a que estão expostos e a incapacidade de avaliação ou interferência técnica sobre o serviço de saúde recebido, portanto, a confiança é preponderante na avaliação dos serviços de saúde. Porém, as dimensões do serviço podem sofrer diversas avaliações segundo o estágio ou momento em que o cliente se encontra na experimentação do serviço: enquanto recebem os serviços, nos clientes predominam sentimentos e emoções, estando a sua satisfação alimentada pelo relacionamento interpessoal com os prestadores de serviço. Posteriormente, finalizado o recebimento, é comum os clientes valorizarem os aspectos técnicos, as melhorias clínicas e a possibilidade de continuarem o tratamento (NELSON e NIEDERBERGER, apud CAMPOS, 2008).

No estudo realizado por Torres (2003) apud Campos (2008) ficou evidenciado que em saúde são utilizadas práticas de recuperação tangíveis e intangíveis. As primeiras abrangem desde o fornecimento de alimentação e dinheiro para o transporte, nos casos de consultas agendadas erradamente, até o ressarcimento financeiro de objetos perdidos no âmbito da organização de saúde. Já a recuperação intangível utilizada com maior frequência é o fornecimento de respostas, desculpas e explicações sobre a ocorrência do erro. Essa forma, por sua vez, pode diminuir ou superar os efeitos negativos das falhas entre aqueles clientes com alto comprometimento com a organização, posto que os pacientes estejam envolvidos emocionalmente com os prestadores do serviço e, portanto, mais propensos a aceitarem tais práticas.

Para a área de saúde a recuperação de serviços traz vantagens significativas, como: o aumento na fidelização dos clientes; à redução do tempo de permanência do paciente na organização de saúde; benefícios financeiros; melhoria de desempenho dos funcionários, e o estabelecimento de relações mais duradouras com os pacientes. Quantos aos benefícios financeiros evidenciam-se os lucros com os atuais clientes, a redução da propaganda negativa disseminada por meio dos clientes insatisfeitos, bem como a redução de ações legais contra a organização (CAMPOS, 2008).

No âmbito da saúde, a divulgação de experiências negativas pelos clientes merece atenção da organização, considerando que os consumidores deste tipo de serviço são extremamente influenciados pelas experiências relatadas por outros pacientes, devido a buscarem confiança junto aos prestadores do serviço. Assim, é relevante que as ações de recuperação de serviços não se restrinjam apenas aos pacientes, mas aos seus familiares amigos. Também são benefícios diretos das práticas de recuperação (ocasionando o aumento na fidelização dos clientes), a redução no nível de ansiedade dos pacientes que buscam o serviço de saúde. Isso pode ser conseguido através da instituição de formas adequadas de comunicação com cliente, visando assegurá-los quanto aos procedimentos a ser efetuados, índices de sucesso obtidos, materiais utilizados nas intervenções, dentre outros fatores (CAMPOS, 2008).

3. Aspectos fundamentais para a qualidade na prestação de serviços odontológicos

Os serviços podem ser entendidos como um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra e que seja essencialmente intangível, não resultando na propriedade de nada. Assim, mesmo que o processo esteja relacionado a um produto físico, existe a questão da intangibilidade associada à execução do serviço e a não apropriação dos fatores de produção envolvidos (KOTLER, 2000). Nesse sentido, os serviços apresentam quatro principais características que repercutem na elaboração de qualquer

ação que os envolva, seja na determinação de melhorias ou mesmo na estruturação de programas que visem à fidelização da clientela. São eles: intangibilidade; inseparabilidade; variabilidade e perecibilidade (LOVELOCK e WRIGHT, 2006).

A intangibilidade diz respeito ao fato de que, ao contrário de produtos físicos, os serviços não podem ser estocados, visualizados, tasteados, ouvidos, cheirados ou degustados. Em relação aos serviços odontológicos, quem, por exemplo, busca um cirurgião-dentista para alívio de uma odontalgia é submetido a uma consulta de emergência para alívio da dor. Esse momento é revestido de componentes intangíveis, pois ao término do atendimento, do encontro fornecedor/ receptor dos serviços, o cliente apenas disporá das recordações relativas ao modo como foi atendido, da rapidez e agilidade despendidas pelo odontólogo e sua equipe na solução da problemática.

O aspecto da intangibilidade, ainda torna necessário que sejam fornecidos aos clientes elementos de comprovação para evidenciar a qualidade do serviço prestado (LAS CASAS, 2000). Logo, os prestadores de serviços devem tornar tangíveis o máximo possível do que foi prometido, pois, visando reduzir as incertezas, os clientes procuram sinais de qualidade naquilo que lhes é visível. No que concerne aos serviços odontológicos, habitualmente, a atenção dos clientes recai sobre ambiente da recepção, o vestuário dos colaboradores, mobiliário e equipamentos, o material utilizado para comunicação e divulgação da clínica (folder, cartazes, displays, site organizacional, etc.), a pontualidade no atendimento, o preço cobrado, entre outros elementos, como fontes para identificação e segurança em relação à qualidade do serviço que buscam.

A característica da inseparabilidade mostra que os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente. Por conseguinte, verifica-se que a pessoa encarregada de prestar o serviço é parte dele e que a presença do cliente é fundamental enquanto o serviço é executado, havendo uma interação direta do prestador de serviços com a clientela atendida e uma responsabilidade comum no resultado alcançado. Na ocorrência de um erro, este é percebido e o cliente já recebe o serviço defeituoso no exato momento devido à simultaneidade. Tal característica determina que a oportunidade para que um prestador de serviços mostre a sua eficiência e eficácia está no atendimento do cliente quando em contato direto com o mesmo. (FILHO, 2002). Essa possibilidade também permite que uma avaliação seja instantaneamente realizada pelo cliente ao vivenciar a realização do serviço, o que é designado de hora da verdade. “É nesse momento que o cliente, ao entrar em contato com a organização, tem a oportunidade de criar a imagem da empresa e dimensionar a qualidade dos serviços prestados por ela” (HARGREAVES, ZUANETTI e LEE, 2001).

O fato de dependerem de quem os fornece, além de onde e quando são fornecidos, ocasiona a característica chamada de variabilidade dos serviços. Nesse sentido, a questão da qualidade esta diretamente relacionada ao modo como estes são proporcionados. No caso de um odontólogo, a despeito da sua excelente reputação e reconhecido mérito na comunidade, se seus assistentes não proporcionarem a devida atenção a um paciente, ou se algum outro empecilho ocorrer para o efetivo atendimento das necessidades do mesmo, a qualidade do serviço é imediatamente questionada. Não obstante, por serem perecíveis, os serviços necessitam de atendimento imediato, posto que não possam ser estocados como bens físicos. Portanto, se ao desejar um atendimento emergencial o paciente não for atendido é certo que buscará outro profissional para resolução do seu problema (FILHO, 2002).

Além das características citadas, a competição estabelecida no mercado de trabalho requer dos odontólogos conhecimentos diversificados para a superação dos obstáculos provenientes de fatores como: clientela cada vez mais exigente e informada; grande concorrência de profissionais no mercado; e fornecedores com materiais e equipamentos inovadores, sofisticados, de valor alto aquisitivo, porém retorno em longo prazo.

Visando superar essas dificuldades faz-se necessário que o odontólogo desenvolva competências relacionadas aos seguintes pontos: (i) saber ofertar não somente qualidade técnica no serviço que executa, mas, sobretudo qualidade no que possa ser visto e analisado pelo cliente, desde aspectos intangíveis relativos à forma de atendimento prestada, até elementos tangíveis como o próprio layout das instalações; (ii) desenvolver e aperfeiçoar habilidades de relacionamento interpessoal; e (iii) observar equipamentos e materiais utilizados, o conforto da sala de espera, as cores e o layout do consultório, design e organização do mobiliário, dentre outros, pois em geral os clientes não percebem a qualidade técnica ou a tecnologia empregada no serviço odontológico. Porém, é comum se fixarem na parte visível do que é ofertado. Deste modo, o atendimento efetuado pelo dentista e todos os seus assistentes, além do espaço físico disponibilizado para execução do serviço, são importantes itens de análise para que o cliente julgue satisfatoriamente o serviço recebido (ASSADA, 2006).

Essas observações foram confirmadas através de uma pesquisa empreendida com um grupo de 100 clientes, e relatada por Assada (2006), como demonstrado no quadro a seguir.

Nº	ITENS DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS (%)
01	Capacidade técnica do profissional	38%
02	Gentileza no atendimento	26%
03	Qualidade dos materiais e equipamentos	15%
04	Limpeza e higiene do ambiente	9%
05	Foco em prevenção	7%
06	Preço e custos	5%

Figura 01: Aspectos valorizados nos serviços odontológicos
Fonte: Adaptado de Assada (2006)

A capacidade técnica do profissional foi o item de maior relevância na amostra considerada pela pesquisa, atingindo o índice de 38%. No entanto, a gentileza no atendimento foi amplamente lembrada com 25% do total. Esses dados confirmam a importância do desenvolvimento das habilidades interpessoais por parte do odontólogo e toda sua equipe com vistas à atração e fidelização da clientela. Segundo Caproni (2006), uma pesquisa efetuada em Harvard mostrou que caso um profissional de saúde atue como empregado em uma clínica, seu sucesso dependerá em 67% das habilidades interpessoais e em 33% das suas habilidades técnicas. Se porventura esse profissional for proprietário da clínica, então 85% das suas conquistas estão relacionadas às suas habilidades interpessoais e 15% das suas habilidades técnicas. Esses apontamentos também são ratificados através dos resultados da pesquisa citada por Assada (2006), segundo relatado no quadro a seguir:

Nº	ITENS DE AVALIAÇÃO	RESULTADOS (%)
01	Indiferença no processo de atendimento	68%
02	Qualidade técnica	14%
03	Concorrência – preço mais acessível	9%
04	Novos relacionamentos estabelecidos	5%
05	Mudança de localidade	3%
06	Falecimento	1%

Figura 02: Motivos de perda de clientes em serviços odontológicos
Fonte: Adaptado de Assada (2006)

Esses dados denotam a importância de se proceder a uma reflexão em como o paciente se sente ou se comporta ao necessitar de serviços odontológicos. Seja qual for o tipo de intervenção odontológica a ser realizado, geralmente, o paciente associa a dor e ao desconforto, originando na maioria das vezes ansiedade e tensão, desde o atendimento prévio feito pelos assistentes do odontólogo, até mesmo durante a intervenção propriamente dita. Portanto, desenvolver o relacionamento interpessoal e fomentar boas relações humanas entre toda a equipe que presta assistência, é fator decisivo para o bem-estar do paciente considerando a sua inquietação psicológica e

seus temores. Esse aspecto não apenas é ético na relação com o paciente, mas também fundamental para a manutenção e o retorno do mesmo devido a sensação de acolhimento e respeito despendido durante o serviço.

Outras competências que devem ser fortalecidas estão relacionadas à obtenção de informações gerenciais que devem ser coletadas e disseminadas pelo odontólogo com o intuito de permanecer no meio no qual desenvolve suas atividades. Essas informações são as relativas ao controle de clientes, as ações mercadológicas desenvolvidas e as que serão serem implementadas, assim como custos operacionais, dados de fornecedores, tendências do mercado, dentre outros fatores. Dessa forma, permite-se que ocorra uma maior efetividade nas ações administrativas, posto que o planejamento, a fixação de objetivos e o desenvolvimento de estratégias são facilitados possibilitando o êxito da clínica ou consultório no mercado. Trata-se, assim, de conhecer e efetuar os conhecimentos pertinentes ao campo da administração, da gestão de recursos produtivos, que na maioria das vezes são negligenciados pelos profissionais da saúde, considerando que sua formação acadêmica pouco contempla ou torna relevante essa área do conhecimento.

Dentro dessa contextualização, são importantes as observações feitas por Barbulho (2001). Conforme relata o autor, um cliente ao adquirir um serviço possui expectativas em relação à qualidade do desempenho, do atendimento e do custo. Em relação ao desempenho o cliente analisa os detalhes do processo que acompanha a realização do serviço. No caso do serviço odontológico, é comum ele observar à duração do tempo da intervenção odontológica, a durabilidade do material utilizado, a higiene e limpeza do local, estética da clínica ou consultório, apresentação pessoal dos profissionais, tempo de retorno para novas intervenções, dores e desconfortos durante o processo, entre outros.

Já em relação ao atendimento, seu exame normalmente recai sobre questões como afabilidade e disponibilidade dos atendentes e do odontólogo, observação do horário marcado, clareza das informações prestadas, pronto atendimento telefônico, distinção no tratamento pessoal. Em relação aos custos, o cliente procura aliar um serviço de qualidade a preços acessíveis, considerando que quanto mais requintado o tratamento necessário, provavelmente os valores serão maiores. É válido salientar que nas pesquisas citadas anteriormente o fator preço não se destaca quando se trata dos aspectos mais valorizados nos serviços odontológicos, mas é significativo quando se refere aos motivos que afastam clientes de uma clínica, assumindo a terceira posição na classificação geral.

De acordo com Barbulho (2001), geralmente as empresas e profissionais prestadores de serviços observam e introduzem apenas um ou no máximo dois desses fatores, acarretando insatisfações e a não fidelização da clientela devido ao não atendimento das outras expectativas dos pacientes. Conseqüentemente, é comum encontrarmos profissionais de odontologia que ao focarem em preços baixos e bom atendimento, deixam o desempenho ficar aquém do esperado; ou que proporcionam um atendimento amável, mas que cobram preços exorbitantes para o público que atende.

Na verdade, são possíveis combinações diversas com os três fatores mencionados, de acordo com o conhecimento administrativo e o perfil do odontólogo, bem como sua percepção acerca da realidade em que está inserido. O êxito profissional, porém, em relação ao número de pacientes atendidos, a manutenção da clínica ou consultório, o reconhecimento na comunidade local, à indicação para pacientes potenciais, está relacionado a observação e ao equilíbrio proporcionado por essas três vertentes; uma vez que as mesmas são examinadas pelos clientes, pois, como consumidores, todos desejam um serviço executado por profissionais cujo desempenho seja inquestionável; que cobre preços justos, realistas e aceitáveis, além de fornecer um atendimento sem a ocorrência de falhas.

4. Considerações finais

O objetivo desse trabalho consistiu em realizar considerações sobre os aspectos da qualidade e da recuperação de serviços em saúde, tendo como referência os serviços odontológicos. Sendo assim, em virtude dos serviços odontológicos apresentarem as características básicas inerentes a qualquer tipo de serviço, observou-se que o quesito qualidade é fundamental para fortalecer e manter a confiança dos clientes no prestador de serviços. Além disso, havendo erros ou falhas no atendimento do paciente, ações de recuperação tangíveis e intangíveis devem ser implementadas pelos odontólogos com o intuito de restabelecer o vínculo e a fidelização da sua clientela.

As ações tangíveis tratam da reparação física da falha ocorrida, envolvendo valores monetários ou não; por sua vez, as ações intangíveis podem se configurar através de uma comunicação interpessoal mais direcionada a atenção requisitada pelo cliente, seja pedindo desculpas pelo fato ou esclarecendo devidamente os fatores que o originaram. Trata-se de buscar o restabelecimento da confiança do cliente, posto que a subjetividade que permeia os serviços odontológicos favorecem a análise do que é ofertado cliente sob o ângulo da qualidade funcional. Para tanto, é imprescindível que os odontólogos desenvolvam habilidades interpessoais e de comunicação, buscando estabelecer um relacionamento que inspire confiabilidade aos seus pacientes/clientes.

É importante também que os odontólogos invistam nos aspectos tangíveis que cercam a prestação dos seus serviços como as instalações físicas do consultório, materiais utilizados nos procedimentos, uniformes, etc., pois os clientes buscam indícios de qualidade no que é possível enxergar, já que não conseguem avaliar concretamente os aspectos técnicos do serviço odontológico.

Tendo em vista que na atualidade existem muitos profissionais no mercado, os odontólogos também necessitam desenvolver habilidades relativas aos processos administrativos que possibilitem obter e gerenciar informações da clientela com o objetivo de atender as suas demandas quanto às possibilidades de combinações entre os fatores desempenho, atendimento e custo.

Referências

- ASSADA, R. M. Qualidade em serviços aplicada à odontologia. Disponível em <<http://odonsites.com.br/>>. Acesso em: 15.11.2010.
- BARBULHO, E. Excelência na prestação de serviços. São Paulo: Madras Business, 2001.
- CAMPOS, J. K. Tipos de falhas, práticas de recuperação e o impacto na fidelização de clientes de serviços hospitalares. (Mestrado em Administração), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:<<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp105620.pdf>>. Acesso em: 15.11.2010.
- CAPRONI, R. Como conquistar e manter bons clientes. Disponível em: <http://www.odontosites.com.br/Artigos/caproni/como_conquistar_e_manter_bons_clientes_em_odontologia.htm>. Acesso em: 05.11.2010.
- MILLER, J. L.; CRAIGHEAD, C. W., KARWAN, K. R. Service recovery: a framework and empirical investigation. *Journal of Operations Management*, 2000.
- DEMING, W. E. Qualidade: a Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques – Saraiva, 1990
- FIGUEIREDO, K. F.; OZÓRIO, G. B.; ARKADER, R. Estratégias de recuperação de serviço no varejo e seu impacto na fidelização dos clientes. *Revista de Administração Contemporânea*. Vol.6 n.3, Curitiba, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 12.11.2010.
- FILHO, A. M. B. Pontualidade, o diferencial competitivo no atendimento médico-odontológico. Curitiba: Editora Maio, 2002.
- GRÖNROOS, C. Marketing – gerenciamento e serviços. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- HARGREAVES, L.; ZUANETTI, R.; LEE, R. et al. Qualidade em prestação de serviços. Rio de Janeiro: Editora SENAC, 2001.
- KOTLER, P. Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 2000.
- LAS CASAS, A. L. Marketing de serviços. 2ª ed. - São Paulo: Atlas, 2000.
- LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. Serviços: marketing e gestão. São Paulo: Saraiva 2006.
- PALADINI, E. P. Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços. São Paulo: Atlas, 1995.
- SANTOS, N. S. Componentes e atributos que configuram a qualidade na relação médico-paciente. 2004. 123f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- SANTOS, C. P.; FERNANDES, D. V. H. A recuperação de serviços e seu efeito na confiança e lealdade do Cliente. *RAC-Eletrônica*, v. 1, n. 3, art. 3, p. 35-51. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/rac-e>>. Acesso em 12.11.2010
- SOUZA, A. M.; GRIEBELER, D.; GODOY, L. P. Qualidade na prestação de serviços fisioterápicos: estudo de caso sobre expectativas e percepções de clientes. *Prod.* [online]. 2007, vol.17, n.3, pp. 435-453. ISSN 0103-6513. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v17n3/a04v17n3.pdf>>. Acesso em 15.11.2010.

Indicadores Assistenciais

P_218_2011 - Análise de Indicadores em Saúde: a Experiência dos Centros Viva Vida de Referência Secundária

Alisson Maciel de Faria Marques, Laura Monteiro de Castro Moreira, Hellen Fernanda Souza

Resumo: A literatura especializada aponta que o monitoramento e a avaliação de políticas de saúde assumem relevância crescente no Brasil. Este trabalho analisa os indicadores assistenciais dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS) monitorados pela Saúde de Minas Gerais em relatórios gerenciais. A amostra compõe-se de onze CVVRS que realizaram, no mínimo, dois ciclos completos de monitoramento, entre 2007 e 2010. Os dados sugerem heterogeneidade de desempenho entre os CVVRS e entre os indicadores. A análise sugere ainda melhor desempenho nos indicadores de saúde sexual e reprodutiva em relação aos indicadores de saúde da criança de risco.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A necessidade de monitorar e avaliar torna-se ainda mais evidente quando se analisa políticas públicas de saúde. Sendo o processo saúde-doença complexo e multicausal, as ações para solucioná-lo também assim são, de modo que o acompanhamento é fundamental para verificar a coerência entre as estratégias estabelecidas e a realidade que sofrerá a intervenção. Apesar dos avanços obtidos, e do reconhecimento da importância de ferramentas gerenciais para este fim, percebe-se que o monitoramento e a avaliação de políticas, em especial de saúde, ainda são incipientes no Brasil (MOREIRA, 2010).

Uma política pública é a tradução de propostas de governos democráticos em ações que produzirão resultados ou mudanças numa dada realidade. Seu ciclo compreende os estágios de definição de agenda, identificação e análise de alternativas, seleção de opções, implementação, monitoramento e avaliação (SOUZA, 2006).

O monitoramento e avaliação destinam-se à verificação da coerência entre as ações implementadas e seus objetivos previstos, sendo de extrema importância visto que, na prática, projetos sociais abordam problemas multifacetados, estão inseridos em contexto sócio, político, econômico e cultural incerto - sendo vulneráveis ao processo político que lhe deu origem, bem como às forças que nele influem (MOREIRA, 2006). Além disso, considerando a escassez de recursos públicos e as crescentes demandas sociais, o monitoramento e avaliação podem ser compreendidos como mecanismos de melhoria no processo de tomada de decisão, ao produzirem informações mais qualificadas aos governantes, permitindo fundamentar decisões e melhorar a prestação de contas sobre as políticas e os programas públicos (ALA-HARJA; HELGASON, 2000).

Uma das fragilidades que dificultam a expansão da prática do monitoramento e avaliação de políticas públicas consiste na carência de estudos destinados aos processos e às metodologias de monitoramento e avaliação, e são barreiras que devem ser superadas (TREVISAN; VAN BELLEN, 2008). Uma alternativa para minimizar essa fragilidade seria investir em estudos dedicados ao estabelecimento de indicadores. Considerando que o monitoramento e a avaliação são formas de mensuração dos resultados obtidos, é fundamental definir meios para identificá-los e quantificá-los (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Um bom indicador deve ser válido, capaz de refletir de fato aquilo que se mensura; confiável, devendo ser verificável com a coleta de dados; sensível, refletindo mudanças caso haja alterações de contexto; específico, abordando exclusivamente as características do objeto em análise; oportuno, podendo ser reportado em tempo hábil; simples, garantindo a viabilidade de sua coleta, cálculo e análise; representativo, refletindo a realidade empírica em análise; custo-efetivo, viabilizando financeiramente a coleta rotineira de seus dados. Garantidas estas características, um indicador pode ser expresso em forma de taxa ou coeficiente, índice, número absoluto, ou até mesmo como fatos, quando estes demonstrarem a ocorrência de um resultado (MOREIRA, 2006).

A análise de exemplos concretos exemplifica a complexidade envolvida na realização das etapas de monitoramento e avaliação de políticas públicas. O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado é o plano estratégico de longo prazo que orienta as ações a serem desenvolvidas pelo Governo de Minas Gerais. Este documento destaca o compromisso de redução da mortalidade infantil como um dos principais pontos da agenda governamental. Para orientar esse processo a estratégia escolhida consiste na implantação da Rede Viva Vida de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Essa rede é composta por diversos pontos de atenção distribuídos conforme sua complexidade, e tem como centro coordenador a Atenção Primária à Saúde. Sistemas de Apoio e Logísticos perpassam todos os pontos, dando suporte à rede de atenção.

Dentre as atividades realizadas para a consolidação da Rede Viva Vida, destaca-se a implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS). Esses Centros são unidades ambulatoriais de atendimento microrregional que possuem uma carteira de serviços voltados para o atendimento de média complexidade em saúde sexual e reprodutiva e em saúde da criança de risco (MENDES, 2009).

Idealizados sobre as diretrizes do modelo de gestão por resultados e respeitando as visões difundidas na literatura sobre a importância do monitoramento e avaliação de políticas públicas, os Centros Viva Vida de Referência Secundária contemplaram um sistema de monitoramento com indicadores bem definidos desde sua implantação. Formalizando a importância atribuída ao monitoramento, a Resolução SES 1.150/07 vincula o pagamento da parte variável repassada para o custeio dos CVVRS (25% do recurso mensal) ao desempenho auferido neste processo (ROMANINI et al, 2010).

Essa proposta consiste no monitoramento de indicadores estratégicos de estrutura, processos e resultados, por meio de formulários padronizados constantes de um Plano Anual de Metas. Dentre os indicadores de resultado foram estabelecidos seis indicadores assistenciais nas áreas de saúde sexual e reprodutiva e de saúde da criança de risco. Para definir os indicadores selecionados, os critérios considerados foram: a importância do resultado apurado para o sucesso do CVVRS frente a seus objetivos e a existência de parâmetros disponíveis na literatura especializada, de modo a permitir cálculo fundamentado do indicador proposto (MOREIRA, 2006).

Estes indicadores são acompanhados quadrimestralmente por uma Câmara Técnica constituída na Comissão Intergestores Bipartite Microrregional (CIB Micro), composta por representantes do CVVRS, da Gerência Regional de Saúde e dos municípios de abrangência do Centro. Esses indicadores apresentam um duplo objetivo. O primeiro é possibilitar o acompanhamento do contrato celebrado com os CVVRS, por parte da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O segundo objetivo é fomentar a responsabilização e o envolvimento dos secretários municipais de saúde na condução da assistência prestada por essas unidades ambulatoriais. Isso porque os indicadores definidos evidenciam a produção realizada em relação às metas estabelecidas conforme a necessidade em saúde de cada região de abrangência.

OBJETIVOS E MÉTODOS

O objetivo desse trabalho é apresentar os indicadores assistenciais dos Centros Viva Vida de Referência Secundária, bem como uma avaliação dos resultados apurados no período entre 2007 e 2010. Para a realização desse estudo utilizou-se os indicadores descritos nos Quadros 1 e 2. Dos vinte e quatro CVVRS existentes, foram consideradas como pertencentes à amostra analisada somente onze unidades que realizaram, no mínimo, dois ciclos completos de monitoramento. Os dados analisados foram retirados dos relatórios de monitoramento apresentados periodicamente a cada quatro meses por cada uma das unidades. O período de análise foi referido aos relatórios entregues entre 2007 e 2010, totalizando três ciclos de monitoramento. Por questões éticas, os CVVRS não foram identificados, sejam denominados por letras.

QUADRO 1 – Descrição dos indicadores dos CVVRS na área de atenção à saúde sexual e reprodutiva.

Indicador	Taxa de Gestantes de Alto Risco atendidas por ano no CVVRS (GAR)	Taxa de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento no CVVRS (MAMA)	Taxa de mulheres atendidas no CVVRS para confirmação de diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino.(COLO)
Conceito	Relação percentual entre o número de Gestantes de Alto Risco (GAR) atendidas por ano no Centro e 70% do número de GAR estimado por ano da microrregião.	Relação percentual entre o número de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento por ano no CVVRS e o total estimado de mulheres com idade entre 50 e 69 anos da microrregião.	Relação percentual entre o número de mulheres referenciadas atendidas por ano no CVVRS para confirmação de diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino e o total estimado de mulheres da microrregião referenciadas para esse procedimento por ano no Centro.

Referência normativa	De acordo com a Linha Guia de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, calcula-se o número de gestantes com base no número de nascidos vivos do ano anterior, acrescentando a esse 10%. Desse total de gestantes, tem-se que 15% são Gestantes de Alto Risco.	Conforme o documento Consenso para o Controle do Câncer de Mama (Inca, 2004), as mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade devem ser submetidas a rastreamento mamográfico, pelo menos a cada 2 anos. O documento das diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em fevereiro de 2006, define como parâmetro para o controle do câncer de mama, a ampliação da cobertura da mamografia para 60% da população feminina, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama.	O Pacto pela Saúde em 2006 defende a ampliação da cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero com periodicidade mínima de 3 em 3 anos, para 80% da população feminina nas faixas etárias de maior incidência do mesmo. Em Minas Gerais, a Coordenadoria do Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino da SES-MG desenvolveu um estudo com base em uma série histórica extraída do SISCOLO que concluiu que do total dos casos dos exames citopatológicos de prevenção do câncer do colo do útero realizados pela Atenção Básica, 1,5% apresentam alteração. Essa conclusão passou a ser adotada, então, como parâmetro a ser seguido pela SES-MG.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de GAR atendidas no Centro Viva Vida}}{\text{N}^\circ \text{ de GAR estimado por ano da microrregião} \times 0,7} \times 100$	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento no Centro Viva Vida}}{\text{Pop. Fem. da micro entre 50 e 69 anos} \times 0,5} \times 0,6 \times 100$	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mulheres referenciadas atendidas no CVVRS para diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino}}{\text{Pop. Fem. entre 25 e 59 anos da micro} \times 0,8} \times 0,015 \times 100$
Periodicidade	Anual	Quadrimestral	Quadrimestral
Meta	Atender no CVVRS 70% das Gestantes de Alto Risco da microrregião.	Realizar mamografia de rastreamento, de 2 em 2 anos, em 60% das mulheres da microrregião entre 50 e 69 anos.	Atender 100% das mulheres da microrregião, referenciadas no CVVRS, cujo exame citopatológico apresentar alteração.

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

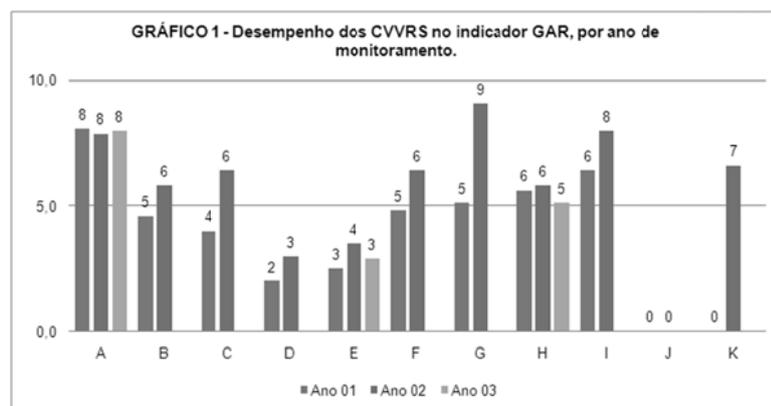
QUADRO 2 – Descrição dos indicadores dos CVVRS na área de atenção à saúde da criança de risco

Indicador	Taxa de atendimento por ano no CVVRS de recém-nascidos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer da microrregião. (BAIXO PESO)	Taxa de atendimento por ano de crianças de 0 a 5 anos que têm asma persistente moderada no CVVRS. (ASMA)	Taxa de atendimento de crianças de 0 a 5 anos, com tosse ou dificuldade respiratória referenciadas para o Centro. (TOSSE)
Conceito	Relação percentual entre o número de recém-nascidos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer da microrregião atendidos por ano no CVVRS e os 70% de recém-nascidos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer estimados da microrregião no ano.	Relação percentual entre o número de crianças de 0 a 5 anos que têm asma persistente moderada atendidas por ano no CVVRS e os 70% estimados por ano de crianças de 0 a 5 anos da microrregião que têm asma persistente moderada	Relação percentual entre o número de crianças de 0 a 5 anos com tosse ou dificuldade respiratória de evolução desfavorável atendidas por ano no CVVRS e o total estimado de crianças de 0 a 5 anos com tosse ou dificuldade respiratória de evolução desfavorável a serem referenciadas por ano para atendimento no Centro.
Referência normativa	De acordo com a Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança, são consideradas baixo peso ao nascer as crianças com peso de nascimento menor que 2.500g. Já os prematuros são os recém-nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas. Ainda de acordo com a essa publicação, para esse grupo a cobertura assistencial prevista é de 70%.	Com base na Consulta Pública de Parâmetros para Assistência, realizada pela SES-MG em 2004, foi convenicionado que 15% das crianças de 0 a 5 anos tem asma. Desse percentual, 4% apresenta asma persistente moderada. Para esse grupo foi atribuída uma cobertura de 70%.	De acordo com a Consulta Pública de Parâmetros para Assistência (2004), a incidência de casos de afecções respiratórias é de 40% das crianças de 0 a 5 anos. Dentro desse grupo, os casos de evolução desfavorável compreendem 15% do total. Para esses casos, é prevista uma cobertura de 70%.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recém-nascidos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer atendidos por ano no Centro}}{\text{N}^\circ \text{ de prematuros e/ou com baixo peso ao nascer estimados da microrregião no ano} \times 0,7} \times 100$	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças de 0 a 5 anos que têm asma atendidas por ano no Centro}}{\text{Pop. de crianças de 0 a 5 anos da micro} \times 0,15} \times 0,04 \times 0,7 \times 100$	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de crianças de 0 a 5 anos com tosse ou dificuldade respiratória de evolução desfavorável atendidas no Centro}}{\text{Pop. de crianças de 0 a 5 anos da micro} \times 0,4} \times 0,15 \times 0,7 \times 100$
Periodicidade	Anual	Quadrimestral	Quadrimestral
Meta	Atender no CVRS 70% dos recém-nascidos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer da microrregião.	Atender no CVVRS 70% das crianças de 0 a 5 anos da microrregião, com asma persistente moderada, durante o período intercrises.	Atender a 100% das crianças de 0 a 5 anos, com tosse ou dificuldade respiratória de evolução desfavorável referenciadas para o Centro.

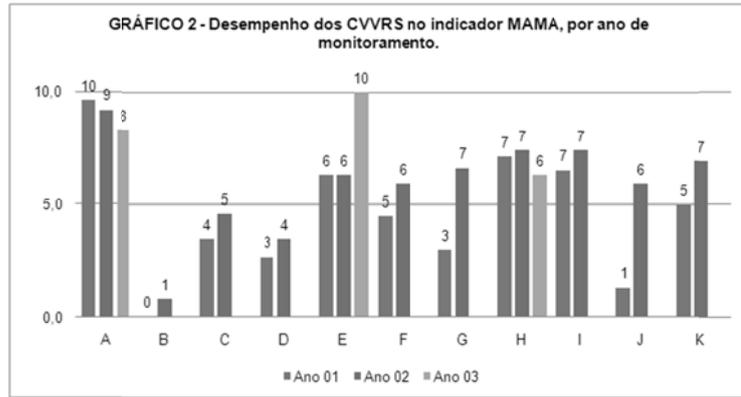
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

ANÁLISE DE DADOS

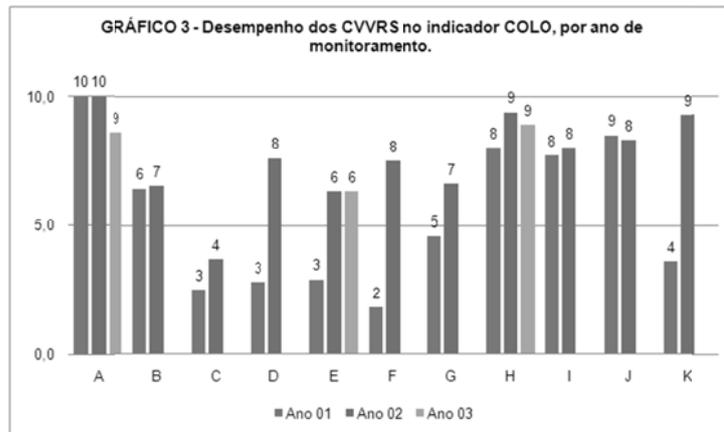
O Gráfico 1 apresenta o desempenho dos CVVRS no indicador relacionado ao atendimento às gestantes de Alto Risco (GAR). Observa-se que somente 3 centros executaram entre 80% e 100% da meta em pelo menos um ciclo. O desempenho médio apresentou oscilações na sua evolução, passando de 3,9 no primeiro ciclo para 5,7 no segundo e 5,3 no terceiro. O gráfico mostra ainda que o CVVRS "J" não ofertou o serviço pactuado no período em questão.



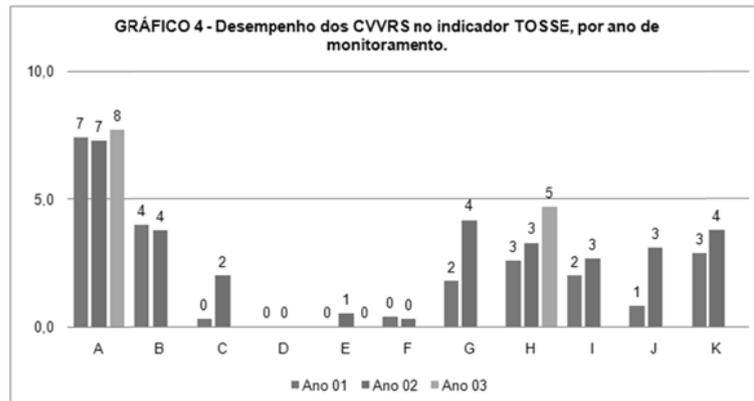
O indicador Taxa de mulheres entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia de rastreamento no CVVRS (MAMA) apresenta alta variabilidade de um centro para outro, sendo o CVVRS da Microrregião A o que obteve o melhor percentual de cumprimento da meta. Observa-se que o desempenho médio dos centros foi crescente, passando respectivamente de 4,5, para 5,9 e 8,2 no período de análise.



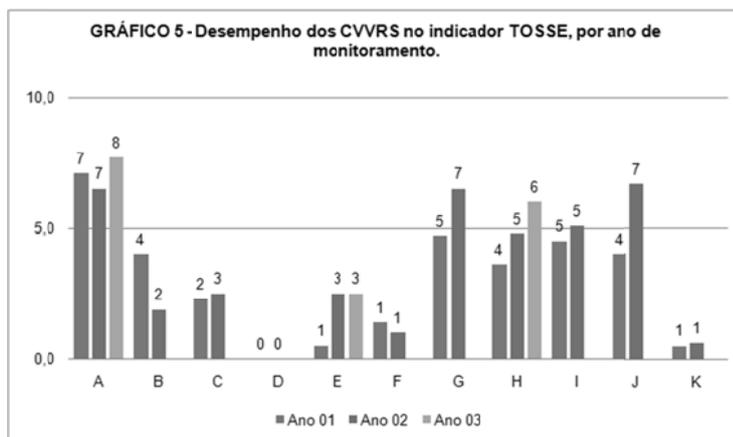
Já o indicador destinado ao atendimento de mulheres com suspeita de Câncer de Colo Uterino (COLO) apresenta uma maior homogeneidade de desempenho entre Centro, quando comparado com o indicador anterior. Este indicador destaca-se também por apresentar o melhor desempenho entre os CVVRS no conjunto de indicadores estudados. Seu desempenho médio é crescente, passando de 5,3 no primeiro ano, para 7,6 no segundo e 7,9 no terceiro ciclo de monitoramento.



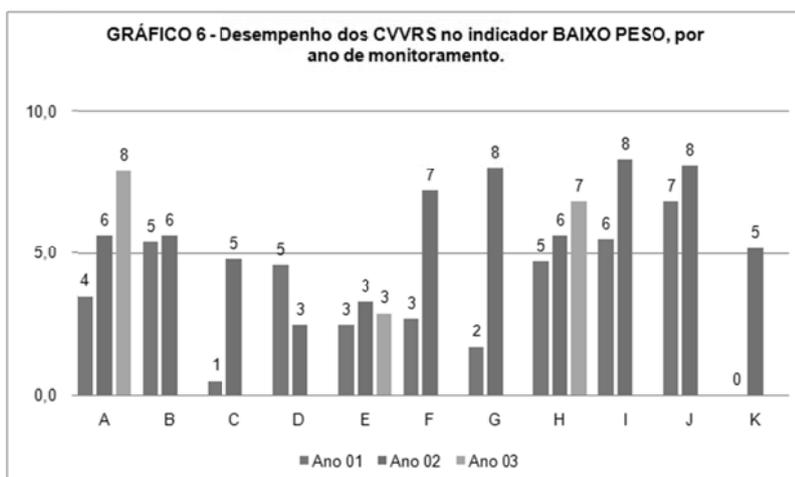
Passando a análise para os indicadores relacionados à saúde da criança, observa-se que o desempenho dos 3 indicadores dessa área apresentaram desempenho inferior àqueles relacionados à saúde sexual e reprodutiva. O indicador relacionado aos atendimentos às crianças com tosse e/ou dificuldade respiratória de evolução desfavorável, foi o que apresentou pior desempenho médio: 2 no primeiro ciclo, 2,8 no segundo e 6,2 no terceiro.



Ainda no que se refere às doenças respiratórias, o indicador relacionado ao atendimento de asma também apresentou desempenho médio considerado baixo, e evoluiu em ritmo mais lento se comparado com o indicador anterior, variando de 3,0 no primeiro ciclo, para 3,5 no segundo e 5,4 no terceiro.



Por fim, o indicador destinado à análise do atendimento aos recém-nascidos prematuros e/ou baixo peso apresentou desempenho médio superior aos demais, indicando evolução positiva, respectivamente, 3,4 no primeiro ciclo, 5,8 no segundo e 5,9 no terceiro.



CONCLUSÕES

Os dados apresentados nesse estudo sugerem que os Centros Viva Vida de Referência Secundária apresentam grande heterogeneidade no desempenho dos indicadores analisados, considerando a amostra e o período selecionados. Essa variação foi encontrada nos indicadores (comparados entre si) e em uma comparação entre os próprios Centros. Contudo, embora o desempenho médio de cumprimento das metas seja em torno da metade (4,7), a evolução média se mostra positiva em todos os indicadores no período analisado.

A área de saúde da criança apresentou, em linhas gerais, desempenho inferior aos indicadores de saúde sexual e reprodutiva. O CVVRS "A" apresentou melhor desempenho médio (7,9) e, no outro extremo, o CVVRS "D" (2,4). O desempenho médio dos CVVRS foi relativamente melhor em relação ao indicador COLO (6,7), enquanto o pior desempenho foi encontrado no indicador TOSSE (2,7).

Supõe-se que o desempenho encontrado seja reflexo tanto do curto tempo de atividades desses CVV, como das condições de implementação das Redes de Atenção à Saúde, no modelo conceitual proposto por Mendes. Nesse sentido, por exemplo, o nível também heterogêneo quantidade e na qualidade da atenção primária, condições de transporte aos Centros de Referência, bem como os entraves na regulação desse acesso, seriam fatores possíveis, dentre tantos outros aqui não mencionados, que contribuiriam para a explicação desses resultados. A investigação de quais fatores afetam esse resultado fica como sugestão para trabalhos futuros.

Referências

- ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. *Revista do Serviço Público*, Brasília, n. 4, p. 5-60, out-dez 2000.
- COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.
- MENDES, E. V. *Redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP, 2009.
- MOREIRA, L. M. C. *Programa Viva Vida: Proposta de monitoramento para os Centros de Referência Secundária*. 2006. 104 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho/Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2006.
- MOREIRA, L. M. C. *Centros Viva Vida de Referência Secundária: um estudo de caso da atenção pediátrica*. 91 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina/Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- ROMANINI, M. A. V. et al. Rede Viva Vida: resultados e desafios para a Saúde da Mulher e da Criança em Minas Gerais. In: *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais: Resultados na Saúde*. MARQUES, A. J. S. M. et al (Org.). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. cap. 4, p. 61-80.
- SOUZA, C. *Políticas Públicas: uma revisão de literatura*. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, Jul.-Dez. 2006.
- TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, mai./jun. 2008.

Qualidade e Segurança

P_220_2011 - Metodologia transdisciplinar aplicada no desenvolvimento de gestores da área de saúde.

Álvaro Augusto Schmidt Neto

Introdução

A Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) é uma Instituição ligada à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que tem como objetivo assumir a administração de hospitais públicos - municipais e estaduais - com a missão de oferecer serviço de saúde de qualidade para a população, não só no tratamento, mas também na prevenção e promoção à saúde, procurando ampliar o conceito de hospital com compromisso social.

Partindo do pressuposto de que um atendimento de qualidade implica no desenvolvimento dos seus colaboradores, a SPDM vem ao longo da última década investindo no aprimoramento e no crescente profissional dos seus recursos humanos. Visando a humanização do trabalho e do atendimento ao paciente, a direção da SPDM nos convidou para desenvolvermos um trabalho educacional, a partir da concepção transdisciplinar junto aos líderes gestores de quatro hospitais

Os líderes gestores compõem o corpo administrativo intermediário da organização que estão agrupados em três grandes áreas: clínica médica, enfermagem e administrativo. A clínica médica é composta exclusivamente por médicos, a enfermagem por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e a área administrativa engloba diferentes setores como: nutrição, hotelaria, ambulatório, informática, portaria, recepção, radiologia, segurança, recursos humanos, almoxarifado, farmácia, entre outros.

O contexto educacional

Para identificarmos a importância, e principalmente, a necessidade de um trabalho educacional transdisciplinar dentro de uma organização de saúde é preciso contextualizar os problemas da organização com a realidade da educação básica brasileira. As organizações em geral sofrem as consequências da má qualidade da educação básica brasileira.

O fenômeno da Globalização que resultou, entre outras coisas, nos novos ambientes de trabalho, formatados para receber profissionais autotéticos, criativos, com visão sistêmica, que saibam resolver problemas e que tenham alto poder de comunicação e visão cooperativa de trabalho em equipe, infelizmente não estão sendo formados nas escolas. Há uma grande defasagem entre o profissional exigido pelo mercado e o efetivamente formado pelas escolas públicas brasileiras.

Esse hiato entre a necessidade e a realidade exige das organizações comprometidas com a prestação de serviços de qualidade uma nova estratégia em treinamento e desenvolvimento de pessoal. Como foi observado no relatório da Unesco para a educação do século 21 (Delors, 1999) a educação deve contemplar quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. As organizações sentem a ausência desses pilares em seus recursos humanos, e sentem de modo mais agudo a dificuldade em conviver e ser. Muitos profissionais chegam ao mercado com o conhecimento técnico-científico razoável, mas com grandes dificuldades na área das relações humanas, no amadurecimento emocional, na busca de objetivos, na clareza de projetos de vida pessoal e profissional, na construção de valores, na condição de vida, no diálogo com o outro e com a natureza, enfim, no contexto que contribui para que o sujeito alcance sentido em seu trabalho e que concilie o seu conhecimento com a sua vida (Morin, 2001).

Diante desses desafios a SPDM vislumbrou a necessidade de um trabalho educacional que fosse além dos treinamentos pontuais, procurando contemplar o sujeito em sua complexidade e desenvolvendo projetos que levem o colaborador ao encontro de seu compromisso consigo mesmo e com o seu entorno, fortalecendo as relações sistêmicas e ecoorganizadoras, em busca de um desenvolvimento autêntico e significativo, que culmine com o bem estar do colaborador e que isso reflita num atendimento ao paciente mais humano e de alta qualidade.

A proposta transdisciplinar

A proposta transdisciplinar procura trabalhar com temas que possam propiciar ao gestor um olhar diferenciado sobre o outro. Esses temas aprofundam o conceito da complexidade a partir da visão sistêmica e ecológica da natureza. Retiram o gestor do seu espaço isolado e fragmentado inserindo-o no contexto da organização e do meio natural e social em que vivemos. Mostra que a realidade é uma rede de relações interdependentes, exigindo um olhar que possa abranger diferentes planos de realidade, com intuito de relacionar e integrar as diferentes partes com o todo da organização.

Procurando resgatar o sujeito como principal elo das redes de significado e sentido dentro de uma organização, os temas trabalhados até o momento foram:

- Educação para o pensar
- Os quatro pilares da educação
- O papel da liderança e do gestor na organização moderna
- Os sete saberes para educação do século XXI de Edgar Morin
- O processo de aprendizagem
- Lógica fuzzy (difusa)
- Avaliação de desempenho e auto-avaliação

Metodologia

A metodologia de trabalho obedece a concepção cosmológica de Pitágoras com relação a criação do mundo. Esse processo criativo de Pitágoras obedece aos quatro movimentos cíclicos e recursivos da aprendizagem que sintetizamos como sujeito, meio, relações e desenvolvimento. Nessa visão o processo de aprendizagem pressupõe uma seqüência que se inicia com a participação ativa e presente do sujeito. É preciso que haja uma valorização total do sujeito no processo de aprendizagem. Posteriormente o sujeito passa a se ver no meio que o envolve. A partir desse ponto o sujeito estabelece as relações com o seu entorno - natureza e o outro -, e finalmente, alcança o último movimento que é o desenvolvimento (Schmidt Neto, 2009)

Estratégias

Os temas propostos até o momento foram trabalhados com as seguintes estratégias:

1) trabalhando com as emergências

Os participantes apresentam suas dificuldades na condução de suas rotinas e objetivos profissionais. Um médico, por exemplo, apresentou sua dificuldade em demitir um colega de profissão. Uma gestora colocou a questão da formalidade e da informalidade das relações pessoais no ambiente de trabalho. Outra abordou sua dificuldade em elogiar e incentivar os seus colaboradores. Um gestor recém promovido e muito jovem expôs sua dificuldade em gerenciar os seus subordinados, que até ontem estavam no mesmo nível hierárquico. Um médico abordou a questão do medo que envolve as pessoas e a dificuldade das pessoas de se colocarem abertamente. Vários gestores colocaram a questão da morte, que está sempre presente no ambiente hospitalar.

2) metáforas

A partir de histórias aporéticas (sem conclusão) os sujeitos são levados a discutir em grupo solução para os personagens trabalhando valores e condutas humanas. Além disso, desenvolvem a arte do diálogo e da discussão em grupo.

3) histórias de vida

Relatos de vida dos gestores que fortalecem a consciência de cada um sobre o seu próprio destino e busca de objetivos e projetos de vida, gerando maior amadurecimento e autoconhecimento. Além disso, por estarmos desenvolvendo os relatos em grupo, observamos que aumenta consideravelmente o respeito mútuo. O respeito pelo caminho percorrido e pelas escolhas de cada sujeito.

4) relatos

Situações de conflito que os sujeitos vivenciam em seu ambiente de trabalho e que são colocados pelos participantes para serem debatidos.

5) temas de discussão

Alguns temas são colocados para serem debatidos como por exemplo: morte, destino, felicidade, educação, acolhimento, justiça, amizade, entre outros.

6) filmes seguidos de debates

O filme "Efeito borboleta" foi projetado e debatido a partir do contexto de histórias de vida e das nossas escolhas. O filme também propiciou um excelente debate sobre o acaso e das interdependências entre as nossas ações e o meio envolvente.

Resultados

Após quatro meses de implantação desse projeto, a partir de avaliações junto aos gestores dos quatro hospitais, detectou-se um aumento da consciência dos gestores. Muitos percebem melhor o outro e não se vêem mais como um ser isolado de seu meio. Percebem a complexidade da realidade e a importância da relação hologramática entre as partes e o todo.

Há também maior abertura ao diálogo. Não só de saber ouvir o outro, mas também de estar disposto a se transformar a partir da fala do outro.

De maneira geral, há uma busca maior e mais séria no sentido do trabalho e na importância de associarmos o trabalho com a nossa felicidade.

Referências

DELORS, Jacques. Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo : Cortez, 1999.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários a educação do futuro. São Paulo : Cortez, 2001.

SCHMIDT NETO. Sujeito, natureza e sociedade: uma análise pitagórica e transdisciplinar da educação. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, 2009.

Indicadores Assistenciais

P_221_2011 - Avaliação das Práticas de Controle do Diabetes Mellitus no Município de São Paulo como Condição Traçadora da Qualidade da Atenção.

Marília Cristina Prado Louvison, Maria Lucia Lebrão

Resumo: A qualidade do cuidado ao diabetes mellitus como condição traçadora foi avaliado mediante análise de indicadores assistenciais relacionados às práticas de controle referidas por 170 idosos diabéticos do estudo SABE – Saúde e Bem estar no envelhecimento, em 2006. Não se observou diferença nas práticas de controle entre idosos com plano de saúde ou não. Apesar do maior uso de serviços de saúde para controle, há menor utilização de consultas oftalmológicas, menor insulinação e maior uso de antidiabéticos orais de primeira geração entre os que não têm seguro saúde, indicando pior qualidade. A implantação de linhas de cuidado e sistemas de gerenciamento de condições crônicas baseados em evidências é fundamental na melhoria das práticas de cuidado e no controle das condições crônicas.

Palavras chaves: qualidade da atenção, condições crônicas, condições traçadoras, diabetes mellitus, saúde da pessoa idosa, modelo de cuidados crônicos, linha de cuidado.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, em conjunto com as condições crônicas, traz, cada vez mais, inúmeros desafios aos responsáveis pela elaboração e operacionalização de políticas públicas. O impacto do envelhecimento nos serviços é muito grande, considerando a alta utilização e os elevados custos decorrentes. A transição epidemiológica e a chamada transição da atenção à saúde indica a importância de avançar no modelo de atenção e de prevenção para conter o impacto das doenças crônicas não transmissíveis. Elas atingem com maior frequência as pessoas idosas e implicam em tratamentos de longa duração, muitas vezes necessitando de intervenções de alto custo e trazem riscos acumulados ao longo do curso de vida (Frenk et al, 1991, OMS, 2005)

O diabetes mellitus é um importante problema de saúde para a população idosa, atingindo de 15% a 20%, com tendência de crescimento. Os idosos com diabetes mellitus têm maiores taxas de mortalidade prematura, incapacidade funcional e maior frequência de doenças cardiovasculares como hipertensão arterial sistêmica, doença coronariana e acidente vascular cerebral. Idosos com diabetes mellitus têm também maiores taxas de síndromes geriátricas como polifarmácia, depressão, disfunção cognitiva, incontinência urinária, quedas, síndrome da fragilidade e dor persistente (ADA,2006). Apesar do conhecimento de tratamentos custo efetivo, o cuidado ao diabetes mellitus e às condições crônicas continua com baixos resultados (Saaddine, 2002). O Instituto de Medicina (2001) identificou o diabetes mellitus como área prioritária para a melhoria da qualidade dos cuidados crônicos em saúde e sugeriu mudanças na forma como a prestação de cuidados de saúde vem ocorrendo, incorporando tecnologia da informação e alinhando as políticas de pagamento com a política de qualidade e de outros processos de reengenharia dos cuidados, para fechar a lacuna entre o conhecimento de estratégias eficazes de gestão e a efetiva implantação desses processos na prática.

Nesse sentido, entende-se o diabetes mellitus como importante condição traçadora para avaliação das melhores práticas de controle às condições crônicas. As condições traçadoras são indicadas para abordar problemas complexos do sistema, como a avaliação da qualidade da assistência e podem produzir informações simples, mas, ao mesmo tempo, de extrema importância para o entendimento do sistema de prestação de serviços de saúde. As condições traçadoras devem ser de alta prevalência, diagnóstico definido, padrões conhecidos para o manuseio do paciente e influência da intervenção médica no curso da doença. (Kessner, 1973). Nolte (2006) indica a importância da utilização do Diabetes mellitus como condição traçadora da qualidade da atenção às condições crônicas.

Desde 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu uma política específica para a reorganização da atenção ao diabetes mellitus no Brasil. Além disso, a Agência Nacional de Saúde - ANS - também sugere a implantação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, no setor privado, com foco na reorganização do modelo de atenção e da introdução de práticas mais cuidadoras. A recomendação do programa de atenção ao diabetes mellitus do Ministério da Saúde, que é vinculado à Atenção Básica é o controle glicêmico por meio da mudança do estilo de vida e da farmacoterapia, além da prevenção e tratamento das complicações crônicas, como doença cardiovascular, retinopatia, nefropatia, neuropatia e o pé diabético (Brasil, 2006).

As diretrizes preconizadas para a prevenção e tratamento do diabetes mellitus, são baseadas em evidências e consideram os últimos consensos das sociedades relacionadas. Assim como os protocolos clínicos, são importantes também os protocolos de fluxo, habitualmente chamados de linhas-guia ou diretrizes, que englobam os dois (Mendes, 2010). A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES, 2010) desenvolveu as linhas de cuidado de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, alinhadas ao programa do Ministério da Saúde que, preconiza como intervenções importantes a automonitorização de glicemia para os insulino-dependentes, terapia

nutricional com especialista treinado, prescrição de AAS 100mg por dia para prevenção de doença cardiovascular, terapia do abandono do tabaco e vacinação anual de gripe, em particular para os idosos.

O desenho das linhas de cuidado para as doenças crônicas não transmissíveis avança na efetivação das linhas guias e, mais do que isso, representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como conexão, tanto de cada uma das ações de promoção, proteção, cura, controle e de reabilitação quanto entre elas, identificando as responsabilidades dos pontos de atenção envolvidos nesse processo. As linhas de cuidado devem estar centradas nas necessidades dos usuários, no uso de tecnologias leves e na existência da rede de serviços que suportem as ações necessárias, o acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório (Brasil, 2008, Malta e Merhy, 2010).

No Brasil, iniciativa apoiada pela OPAS, a rede CARMEM (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis), baseia-se na estruturação de projetos de prevenção integrada de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase na participação comunitária e nas parcerias intersetoriais. A estrutura dos Cuidados Inovadores para Condições Crônicas compreende os componentes estruturais fundamentados no plano de interação do paciente, dos prestadores de serviço, da comunidade e da política. As evidências indicam que os programas inovadores aperfeiçoam os indicadores biológicos de doenças, reduzem os óbitos, poupam dinheiro e recursos da saúde, modificam o estilo de vida dos pacientes e as capacidades de autogerenciamento, melhoram o funcionamento, a produtividade e a qualidade de vida e melhoram os processos de atenção. (OMS, 2003)

OBJETIVOS

Avaliar a qualidade da atenção às condições crônicas através da comparação das práticas de controle do diabetes mellitus com padrões estabelecidos e entre os que têm planos de saúde ou não, referidos por idosos diabéticos, no município de São Paulo, em 2006.

JUSTIFICATIVA

A qualidade da atenção às condições crônicas e, em particular, o diabetes mellitus traz importantes desafios à organização dos serviços de saúde e ao gerenciamento de boas práticas baseadas em evidências. É fundamental a qualificação do cuidado às condições crônicas para um melhor controle e melhor qualidade de vida das pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de parte do Estudo Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), realizado em 2000, em São Paulo, pela Faculdade de Saúde Pública da USP, que entrevistou 2143 idosos de 60 anos ou mais (Lebrão, 2008). Em 2006, foram reentrevistados os mesmos idosos. Dos 2143 entrevistados em 2000, foram localizadas e re-entrevistadas 1115 pessoas, sendo que destes, 170 já eram diabéticos na linha de base de 2000 e foram alvo do presente estudo.

Analisou-se a adequação das práticas de controle do diabetes mellitus mediante a comparação de sete indicadores referidos por idosos com e sem plano de saúde: visita ao médico para controle no mínimo trimestral, visita ao oftalmologista no último ano, uso de vacina antigripal, taxa de insulinização, uso de medicação antidiabética oral, uso de ácido acetil salicílico e uso de clorpropamida (antidiabético oral de primeira geração).

Calculou-se o risco nos dois grupos, de idosos que referiram ou não plano de saúde em ambos os períodos. Considerou-se apenas os planos de saúde com valores mensais referidos de R\$ 50,00 ou mais. Ajustou-se para as variáveis, identificadas em 2000: idade (menor de 75 anos ou 75 anos ou mais), gênero (homens e mulheres), renda per capita (até 1 salário mínimo ou 1 ou mais salários mínimos entre os que referiram renda), escolaridade (menos de 4 anos de escola ou 4 anos ou mais), comorbidades (nenhuma ou 1 ou mais) e déficit cognitivo (sem e com, utilizando o corte de 12 ou menos pontos, identificados através do instrumento de rastreio mini exame do estado mental versão curta).

Utilizou-se análise estatística baseada em regressão logística múltipla, utilizando-se fatores de correção do peso amostral, no software stata10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como observa-se na Tabela 1, dos diabéticos estudados, 62,2% referiram realizar consulta trimestral ou mensal para controle da sua doença e esse indicador apresentou-se maior entre os idosos que não referiram planos de saúde. A maior frequência aos serviços por parte dos idosos diabéticos sem plano de saúde pode se justificar em função da necessidade da realização da consulta para a obtenção do remédio gratuito. No decorrer do período o município de São Paulo implantou o programa remédio em casa que entrega medicamentos para diabetes mellitus no domicílio, para idosos cadastrados.

A visita ao oftalmologista no último ano é um importante indicador de qualidade do cuidado, considerando a importância das complicações oftalmológicas do diabetes mellitus e de sua prevenção. Mesmo os idosos com plano de saúde, somente o fizeram em 71,4%. A consulta de oftalmologia anual para idosos e para diabéticos é preconizada nas linhas de cuidado do SUS. Mesmo considerando-se a possibilidade dos clínicos estariam assumindo o exame preventivo de fundo de olho para os diabéticos, sabe-se não ser uma rotina, nem na rede pública nem na privada. Além disso, cabe considerar ainda a amplitude de patologias oftalmológicas que acometem as pessoas idosas.

Tabela 1 - Indicadores de qualidade da atenção à idosos diabéticos, segundo plano de saúde. Município de São Paulo. 2000 e 2006.

Indicador	SUS	SS	Total	OR	p	OR ajust**	P ajust**
Uso de cons. controle trim ou +	70,4	53,0	62,2	0,47	0,05	0,43	0,05
Visita oftalmologista último ano	52,2	71,4	61,7	2,28	0,07	2,21	0,11
Uso de vacina influenza	80,0	76,6	78,4	0,82	0,68	0,44	0,25
Taxa de insulinização	8,2	17,1	12,3	2,32	0,06	1,81	0,27
Uso medicação oral antidiabética	72,1	72,7	72,4	1,03	0,94	0,92	0,85
Uso de AAS	39,8	26,6	33,7	0,55	0,06	0,50	0,12
Uso de clorpropamida	9,9	1,8	6,1	0,16	0,04	0,18	0,08

A vacinação contra influenza é rotina para idosos no Brasil e atingiu 78,4% entre os diabéticos, maior entre os que não têm plano de saúde, considerando sua maior proximidade com a rede pública e maiores oportunidades de vacinação. O uso preventivo de AAS foi baixo entre os idosos diabéticos, apesar de ser preconizado nas diretrizes existentes.

O uso de medicação oral não mostrou diferenças entre os que têm plano de saúde e os que não têm, demonstrando que o acesso aos medicamentos no SUS não apresentam desigualdades importantes com relação ao tratamento medicamentoso do diabetes mellitus. No entanto, quando se observa a qualidade da prescrição, identifica-se maior uso de clorpropamida, sulfoniluréia de primeira geração, nos que não referiram plano de saúde. As sulfoniluréias e as biguanidas, representadas pela metformina são as mais importantes classes de antidiabéticos orais e a glibenclamida é a mais utilizada entre as sulfoniluréias por apresentar menos efeitos colaterais. A hipoglicemia em idosos contribui para uma pior qualidade de vida, maior índice de quedas e maior abandono da terapêutica. A taxa de insulinização também é menor nos que não referiram plano de saúde, indicando prováveis dificuldades no manejo da insulina entre os profissionais.

Cabe considerar que o modelo de atenção da rede pública é fundamentado nos cuidados primários e o da rede privada, com maior frequência, nos cuidados especializados. A atenção primária em saúde, no entanto, permite maior envolvimento comunitário e familiar, bem como maior vinculação à equipe de saúde, com base

no território. Nesse sentido, é fundamental a capacitação dos profissionais da rede básica para o melhor manejo das condições crônicas, em particular da diabetes mellitus em idosos, com a implantação de modelos de gestão da clínica e apoio matricial, qualificando o cuidado (Wagner, 2001).

Apesar do conhecimento de que os controles glicêmicos semestrais diminuem as complicações vasculares, em estudos já realizados, foi identificado que apenas 24,0% dos diabéticos tinham realizado o exame de Hemoglobina glicada (Hb A1c) nos últimos dois anos (McGlynn, 2003). Kerr et al (2004) comparou a qualidade dos planos de saúde e do Medicare, utilizando os indicadores de qualidade de processo: exame ocular anual, realização de hemoglobina glicada anual, uma dosagem de LDL anual, exame anual do pé, dosagem de proteína ou prescrição de Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou Bloqueadores da renina angiotensina (BRA), uso de aspirina regular e vacinação de gripe anual. Como indicadores de desfechos intermediários PA < 130/85, Hemoglobina glicada menor 8,5, LDL colesterol menor que 100. Saadine (2002) identificou, em 1990, que 28,8% tinham feito a Hb A1c no último ano, 42,9% apresentavam o resultado menor que 7%; 11% tinham o LDL menor que 100; 68,5% tinham pressão arterial menor que 14 e 45,7% tinham tomado vacina anual contra gripe.

O atual desafio imposto é, portanto, a implantação de monitoramento de indicadores assistenciais que contribuam com o cuidado integral ao idoso com diabetes mellitus e sua família e a capacitação dos profissionais de saúde para um melhor manejo e melhores práticas. No sentido de melhorar os resultados e tornar mais eficaz o tratamento clínico, sabe-se que os serviços de saúde precisam ser mais acessíveis e coordenados, com ênfase no diagnóstico precoce e intervenções que mantenham o estado de saúde, minimizem os episódios agudos e reduzam as complicações e limitações. Os modelos de gestão de cuidados crônicos indicam a necessidade de que os sistemas sejam proativos em melhorar as condições de saúde, ao invés de serem reativos tratando das doenças crônicas nas suas formas agudas. Os componentes do modelo de atenção às condições crônicas desenvolvido nos Estados Unidos, definidos com base em evidências, se baseiam no sistema de serviços de saúde com foco na autogestão dos pacientes, no sistema de apoio às decisões clínicas, no redesenho de sistema de prestação de serviços de saúde e no sistema de informação clínica, além dos recursos comunitários (Wagner, 2001; Bodenheimer, 2002,).

CONCLUSÕES

Não se observaram diferenças significativas nas práticas de controle do Diabetes mellitus por quem tem ou não planos de saúde, principalmente as relacionadas ao uso de medicação. No entanto, apesar da maior referência de uso de serviços de saúde periódicos para controle, há menor utilização de consultas oftalmológicas, menor taxa de insulinização e maior uso de antidiabéticos orais de primeira geração entre os que não têm seguro saúde, indicando pior qualidade. Por outro lado, uso preventivo de ácido acetil salicílico, recomendado pelos consensos existentes, foi maior no SUS.

O monitoramento de indicadores dos padrões de qualidade do cuidado baseados em evidências deve ser parte da gestão da clínica. É necessário avançar para a utilização e monitoramento da Hemoglobina glicada, além dos aqui propostos, como indicador de controle do diabetes mellitus. A implantação de linhas de cuidado e sistemas de gerenciamento de condições crônicas baseados em evidências é fundamental na melhoria das práticas de cuidado e no controle das condições crônicas.

Referências

- ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes -- 2008. *Diabetes Care* 2008; 31: Suppl 1:S12-S54.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288:1775-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus 2006
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência 2008.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R & Jose M.. La transition epidemiologica en America Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 1991, 111 (6):485-96.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.
- Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA, eds. Quality of care for general medical conditions: a review of the literature and quality indicators. Santa Monica, Calif.: RAND, 2000.
- Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality. The case for tracers. *N Engl J Med* 1973; 288:189-94
- Lebrão, ML, Duarte, YAO, Santos JLF e Laurenti R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo. *São Paulo em perspectiva*. 2008.22 (2): 30-45.
- Malta, DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010;14 (34):593-606.
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A et al. The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348:2635-2645 June 26, 2003
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305.
- Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a Tracer Condition in International Benchmarking of Health Systems *Diabetes Care* May 2006 vol. 29 no. 5 1007-1011
- OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003
- OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- Saadine JB, Engelgau MM, Beckles GL, Gregg EW, Thompson TJ, Narayan KM. A diabetes report card for the United States: quality of care in the 1990s. *Ann Intern Med* 2002;136:565-574
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Linha de cuidado. Diabetes mellitus. 2010
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A.Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs*. 20(6) 64-78. Nov-Dec 2001

Qualidade e Segurança

RE_3_2011 - Avaliação do Perfil Ocupacional dos Colaboradores de uma Unidade de Produção de Refeições do RJ.

Wanessa Natividade Marinho, Luciana Ribeiro Trajano Manhães, Thais Vieira Esteves

As Unidades Produtoras de Refeições (UPR s) são ambientes de trabalho que oferecem uma série de riscos ocupacionais. Este estudo teve como objetivo avaliar qualitativamente os riscos ocupacionais presentes na UPR s comercial localizada na Zona Sul do RJ.

Métodos: Foi aplicado um questionário para coleta de dados que permite a avaliação do perfil ocupacional desses colaboradores.

Resultados: O sexo masculino representa 83% do total de trabalhadores. E, 71% da população estudada possuem a faixa etária até os 29 anos de idade. Os cargos de chefia estão concentrados no sexo feminino. Notou-se que 67% dos trabalhadores exerciam a função em UPR s há anos. Quanto ao tempo de trabalho em relação à posição 87,5% relataram exercer a função em pé, sendo que desses 58% com anos de trabalho executando a mesma função. Em referência ao ambiente de trabalho têm a seguinte ordem decrescente de importância quanto à percepção dos trabalhadores: 83% o calor incomodava na realização das atividades laborais, 54% o barulho provocava indisposição, 12,5% que a iluminação e o Chefe causavam desconforto para realização das atividades. Em menção aos acidentes de trabalho percebeu – se que 32% dos trabalhadores sofreram corte e queimadura, 16% Perfuração com objeto, 13% Contusão ou Distensão Muscular e 7% Choque elétrico.

Conclusão: Podemos concluir que são necessários mais investimentos para algumas medidas de controle destes riscos, efetuando-se, portanto, mudanças que possam trazer melhorias da qualidade de trabalho, pois é de fundamental importância preocupar-se com a saúde e bem estar dos trabalhadores nas UPRs.

Avaliação de Tecnologia

RE_4_2011 - Endomarketing como ferramenta para ampliação do uso do Prontuário Eletrônico Relato de experiência

Mércia Cabrera, Fábio Luis Peterlini

Resumo: Este artigo apresenta um relato de experiência de um Hospital de Grande Porte onde foram utilizadas ferramentas de Endomarketing para ampliação do uso da prescrição eletrônica pelo Corpo Clínico. Após o projeto, foi observado um incremento de 21% no uso da prescrição eletrônica, representando adesão de 93% ao prontuário eletrônico.

Palavras-chave: Prontuário eletrônico, endomarketing, gestão do Corpo Clínico

Introdução - Endomarketing, originário do Marketing, é uma área da administração que busca adaptar as estratégias tradicionais do Marketing, às necessidades internas das empresas. O Endomarketing, fundamentalmente, trata da interferência direta do ser humano na idealização, preparação e execução de atividades que terminam por formatar o produto que é entregue ao cliente.

Com a ampliação do uso dos sistemas integrados vemos surgir no mercado um grande número de sistemas tendo com base o prontuário eletrônico como gerador de informações para os diferentes módulos do sistema e, com isso, a maior necessidade de envolvimento do Corpo Clínico nos processos de informatização.

O uso de sistemas integrados no Hospital São Camilo Pompéia data de 2000 porém, a prescrição eletrônica foi implantada somente em 2005 e manteve-se optativa até o início de 2009 onde tínhamos a adesão de 72%. Com o objetivo de elevar a adesão para mais de 90%, a instituição lançou mão de um projeto baseado em ferramentas de Endomarketing.

Métodos - Inicialmente foi realizado um levantamento onde pode-se observar que 80% das interações eram realizadas por 20% do Corpo Clínico mostrando que o maior fluxo de interações eram realizadas por um grupo de médicos de alta frequência na Instituição.

Realizamos um levantamento das ferramentas de comunicação disponíveis e iniciamos um processo de mapeamento das prescrições médicas manuais onde o farmacêutico elaborava um ranking semanal encaminhado à Diretoria Médica. Com os dados sobre os médicos que menos utilizavam o sistema e as ferramentas disponíveis, iniciamos um processo de divulgação do Prontuário Eletrônico e sobre a importância do uso da prescrição eletrônica para melhoria da qualidade da assistência. Paralelamente, realizamos um VOC (Voz do Cliente) que apontou a necessidade de instalação de mais computadores e agilidade na geração de senha para médicos eventuais.

Resultados e discussões - Após a aplicação das ferramentas observamos um incremento de 21% na ampliação do uso da prescrição eletrônica e incremento no uso de documentos médicos como relatório geral de cirurgias e evoluções. Com isso, foi possível implantar o sistema Palm OS na farmácia onde o técnico capta as informações da prescrição eletrônica de medicamentos no dispositivo e realiza a dispensação de medicamentos sem necessidade de se dirigir a um terminal. Esse processo consolidou a dispensação a cada 2 horas reduzindo os estoques e devoluções nas unidades de internação.

O maior impacto, na ampliação, foi representado por médicos cirurgiões que não utilizavam o prontuário eletrônico para pacientes de curta permanência.

Conclusão - A experiência mostrou que a utilização de ferramentas de Endomarketing é de grande valia nos processos estratégicos das instituições e podem ser amplamente exploradas na Gestão do Corpo Clínico para ampliação do uso do Prontuário Eletrônico. A construção coesa da informação a ser divulgada e a apresentação dos resultados ao público interessado garantem o sucesso do projeto.

Qualidade e Segurança

RE_6_2011 - Melhoria do Processo de Segregação, Distribuição e Recolhimento de Prontuários Ambulatoriais

Elza Sumiko Hojo Abe, Arlete Pedrosa Cavalcanti Waldomiro, Claudete Belarmina de Souza Penna, Adriana Guimarães de Sousa, Ana Beatriz Dontel de Sousa, Armando Polinario, Mercedes de Fatima Fonseca Silva, Mariana Nutti de Almeida, Valter Paulo Pabst

O prontuário médico é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Dentre as atribuições do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), está a distribuição dos prontuários para os atendimentos de consultas ambulatoriais e posterior recolhimento e arquivamento.

Em outubro e novembro de 2008, foi realizado um levantamento sobre a quantidade de prontuários que não retornavam para o arquivo após o atendimento ambulatorial e se verificou que Taxa de Não Retorno de prontuários encaminhados para atendimento ambulatorial era de 14,2%,

SOLUÇÃO IMPLANTADA

Inicialmente foi feito o mapeamento do fluxo de movimentação dos prontuários encaminhados para atendimento ambulatorial e identificação dos “pontos de gargalo”.

Paralelamente, foram levantados o número de prontuários que necessitavam ser retirados do arquivo para internação de urgência no período de 21 às 06 horas, com o objetivo de se analisar a possibilidade de remanejamento dos 05 profissionais do serviço noturno para o período diurno para a implantação da melhoria de processos. Neste levantamento, verificou-se que nos 60 dias do estudo foram movimentados apenas 34 prontuários, isto é, 0,56 prontuários por noite.

Diante desta situação, as mudanças propostas foram: extinção do serviço noturno e ampliação do serviço diurno para o horário 7 às 22 horas; remanejamento de profissionais e das atividades do noturno para o serviço diurno; treinamento dos profissionais do registro e ordenação de prontuários para retirada de prontuários em caso de urgência no serviço noturno; fixação de profissionais do arquivo, nos dois corredores do Ambulatório, para entrega e recebimento de prontuários após atendimento; auditoria da documentação pós-consulta e ordenação dos prontuários, monitorando a qualidade dos prontuários, uma vez que alguns retornavam sem conteúdo e sem identificação dos documentos.

Um novo processo de trabalho foi desenhado com a incorporação de diversos pontos de controle para redução e eliminação dos não retornos de prontuários pós consulta.

RESULTADOS OBTIDOS

Após implantação das melhorias houve uma redução da taxa de não retorno do prontuário pós consulta ambulatorial de 14,2% (2008) para 0,84% em 2009 e 0,26% em 2010 possibilitando maior qualidade no atendimento do SAME à equipe multiprofissional e maior segurança nos processos de distribuição e recolhimento de prontuários.

Verificou-se a importância fundamental na fixação de um colaborador do SAME nos corredores que além de controlar a movimentação dos prontuários auxilia a equipe de atendimento em casos de necessidade de suporte técnico de outros serviços de apoio, como Tecnologia da Informação e Serviço de Manutenção.

Indicadores Assistenciais

RE_9_2011 - Tuberculose: uma proposta para busca ativa de casos suspeitos

Silvia Piccinini Costenaro, Zulimar Valério

INTRODUÇÃO/INTRODUCTION: Melhorar o diagnóstico de Tuberculose, através de busca ativa das fichas do Pronto Atendimento. São notificados numa ficha de suspeito, elaborada pela vigilância, na qual especificamos se é um controle, suspeito ou comunicante. Nos fortemente sugestivos ou comprovados passamos a abrir o SINAN

MÉTODOS/METHODS: Diariamente a vigilância (Enfermeiro / Médico) analisa as fichas do Pronto Atendimento. Nos casos suspeitos verificamos se foi solicitado exame radiológico, exame de escarro, etc. Entramos em contato pelo telefone e se necessário enviamos telegrama.

RESULTADOS/RESULTS: Foram analisados os períodos de 2006 à 2009. Das buscas ativas sem o SINAN realizadas no período de 2006 à 2009 foram: 195 casos em 2006, 236 casos em 2007, 203 casos em 2008 e 135 casos em 2009. destes casos foram considerados controle: 34 casos (18%) em 2006, 38 casos (16%) em 2007, 23 casos (11%) em 2008 e 15 casos (11%) em 2009. Foram considerados comunicantes: 15 casos (8%) em 2006, 19 casos (8%) em 2007, 28 casos (14%) em 2008 e 4 casos (3%) em 2009. Foram descartados: 1 caso (0,5%) em 2006, 1 caso (0,5%) em 2007, 19 casos (9%) em 2008 e 10 casos (8%) em 2009. Confirmamos através deste método de busca ativa: 6 casos (3%) em 2006, 2 casos (0,9%) em 2007, 2 casos (1%) em 2008 e 2 casos confirmados pela cultura de BK (1,5%) em 2009. Não foi possível investigar alguns casos, por motivo dos mais variados como ausência de telefone, número e endereço errado, não comparecimento após as convocações, mas mesmo assim estes casos foram enviados à SUVIS Vila Maria após o preenchimento da ficha de suspeito. Foram respectivamente 94 casos (48%) em 2006, 118 casos (50%) em 2007, 70 casos (35%) em 2008 e 68 casos (50%) em 2009.

CONCLUSÕES/CONCLUSIONS: A Tuberculose sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo é válido todo o esforço de tentarmos confirmar ou descartar estes casos, com isto a vigilância passa a ser uma peça importante na busca e elucidação destes casos, nunca esquecendo de repassar orientações do diagnóstico e encaminhamentos para os médicos consultantes.

Indicadores Assistenciais

RE_10_2011 - Utilização da ferramenta “Business Intelligence” para monitoramento do protocolo de profilaxia de tromboembolismo venoso

Daniella Vianna Correa Krokosz, Luiz Francisco Cardoso, Jorge Mattar Jr, Antonio Carlos Onofre de Lira, Cleber dos Santos Boldrini

Palavras-chave: protocolo institucional; tromboembolismo venoso; Business Intelligence; PDCA; tecnologia da informação.

Introdução

Com o objetivo de promover o correto planejamento estratégico da profilaxia e reduzir a ocorrência de tromboembolismo venoso (TEV), em março de 2010 teve início no Hospital Sírion Libanês a implantação de um protocolo institucional para abordar este tema. Para garantir a eficácia deste protocolo, foram definidas algumas metas: “Avaliação dos pacientes internados quanto ao risco de TEV 80%” e “Adesão às recomendações do protocolo de profilaxia de TEV 60%”.

Dada à abrangência deste protocolo, aplicável à maioria das unidades de internação e áreas de pacientes críticos, foi necessário contar com a estrutura de gerenciamento de protocolos institucionais, mais especificamente, com o médico e a enfermeira responsáveis pelos protocolos.

Identificação do Problema

No início da implantação do protocolo, que ocorreu por fases, em uma unidade a cada uma a duas semanas, em média, o monitoramento periódico dos indicadores era realizado manualmente: utilizavam-se planilhas em Excel e consultas frequentes ao Sistema de Informação Hospitalar. No entanto, com a expansão gradativa do protocolo a todas as unidades de internação hospitalares que atendem pacientes adultos, tornou-se inviável esse tipo de monitoramento.

Solução Implantada

Desta forma, a área de Tecnologia da Informação (TI) foi acionada para incrementar este processo, tornando o monitoramento informatizado e permitindo acesso rápido e atualizado às taxas de avaliações dos pacientes internados e de adesão às recomendações do protocolo.

Optou-se pela utilização da ferramenta de gerenciamento de dados Business Intelligence (BI) - o BI é carregado por meio de scripts de carga de dados que buscam as informações diretamente na base de produção do SIH-TASY. Permite armazenamento dos dados em banco próprio, bem como obtenção das informações diretamente do

SIH, dispensando o uso de planilhas de Excel adicionais e traz dados retroativos ao mês de implantação do protocolo (março de 2010) ou referentes a qualquer mês selecionado.

Adicionalmente, permite análises específicas e detalhadas, de acordo com o perfil selecionado pelo operador. São alguns exemplos: classificação de pacientes clínicos ou cirúrgicos; detalhamento de informações referentes à quimioprofilaxia e profilaxia mecânica recomendadas e prescritas; traz os indicadores de qualidade; permite análise do desempenho de cada setor quanto à avaliação dos pacientes internados e da adesão às recomendações do protocolo.

Resultados obtidos

Em julho de 2010 o BI já estava sendo ampla e satisfatoriamente utilizado pela enfermeira de protocolos. A escolha da ferramenta de BI para monitoramento dos resultados do protocolo de profilaxia de TEV teve sua utilização testada e aprovada pela equipe operacional e gerencial. Considera-se essa ação de melhoria bem sucedida no alcance de seus objetivos.

Qualidade e Segurança

RE_11_2011 - Integração da Central de Emergências ao Acionamento do Código Azul

Daniella Vianna Correa Krokosz, Antonio Carlos Onofre de Lira, Jorge Mattar Jr, Luis Francisco Cardoso, Osvaldo Canho

Palavras – Chave: emergências; código azul; time de resposta rápida; parada cardiorrespiratória.

Introdução:

No Hospital Sírio Libanês, os atendimentos de emergências (suspeita de parada cardiorrespiratória – PCR) são denominados “CÓDIGO AZUL.”

Para atender a essas situações, um time multiprofissional composto por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem trainee, fisioterapeuta, recebe mensagem de texto informando o local da ocorrência no aparelho de bip e deslocam-se até o local do atendimento, juntando-se à enfermeira responsável pelo paciente e equipe local quando se trata de paciente internado. A enfermeira de protocolos e a coordenadora administrativa de enfermagem também são informadas da ocorrência.

Identificação do Problema:

A mensagem de texto era enviada pela telefonista da central de telefonia ou recepcionista, dependendo do dia e horário da ocorrência. Observaram-se algumas situações de acionamento incorreto das equipes de atendimento pela telefonista, bem como outros processos passíveis de melhoria, entre eles: Falha de funcionamento dos bips; Falha de funcionamento do dispositivo de chamada automática das equipes (telecare); Conhecimento insatisfatório dos ramais de emergência por parte dos colaboradores; Possibilidade de demora no atendimento dos acionamentos do Código Azul por dúvida referente ao exato local da emergência; Dificuldade de interpretação do fluxo de acionamento do Código Azul existente.

Solução Implantada:

Para corrigir essas falhas, de um processo considerado crítico, as duas principais ações realizadas foram: - elaboração de um fluxo de atendimento de emergências mais simples e de melhor interpretação, com intensiva divulgação para toda a instituição; - integração da central de emergências ao acionamento do Código Azul, tornando profissionais da equipe de segurança, com amplo acesso a todas as áreas do hospital, circuito fechado de câmeras de TV e comunicação por rádio, telefone e celular, responsáveis por informar à equipe essa situação crítica e monitorar a chegada da equipe para o atendimento da vítima.

Em julho de 2010 todos os vigilantes responsáveis pelo atendimento do ramal de emergência utilizado para acionamento do Código Azul foram treinados quanto ao significado de uma situação que representasse de fato uma situação de emergência a ser atendida pela equipe do Código Azul e na forma de atendimento telefônico e solicitação do time de resposta rápida.

Desde agosto de 2010 a Central de Emergências atende aos chamados de emergências médicas e prediais. O novo fluxo de Atendimento de Emergências ficou mais simples e objetivo.

Resultados obtidos:

O monitoramento contínuo dos atendimentos de emergência permite afirmar que após a implementação do novo e simplificado fluxo de atendimento de emergências e da integração da Central de Emergências ao acionamento do Código Azul, há um grande envolvimento dos colaboradores das áreas e a mudança tem sido bem sucedida, sem falhas que comprometessem o atendimento aos pacientes em situação de emergência e sem utilização de ramais inadequados.

Avaliação de Tecnologia

RE_12_2011 - Software Netpage e melhoria da mensagem enviada em situações de Código Azul

Daniella Vianna Correa Krokosz, Jorge Mattar Jr, Luiz Francisco Cardoso, Antonio Carlos Onofre de Lira, Luiz Renato Gonçalves Evangelisti

Palavras-chave: código azul; emergências; parada cardiorrespiratória; tecnologia; netpage; segurança.

Introdução:

No Hospital Sírio Libanês, quando há suspeita de parada cardiorrespiratória (PCR), a central de emergências é avisada e o acionamento da equipe de atendimento a Código Azul é iniciado.

Identificação do Problema:

Antes realizada exclusivamente via digitação de sequência numérica por telefone, a mensagem exibida nos aparelhos de bip da equipe quando a ocorrência era fora das áreas assistenciais, mostrava “código azul ramal ____” e quem recebia a mensagem precisava ligar no ramal para saber de que local se tratava, ou ligar na central de emergências perguntando sobre a localização da ocorrência antes de dirigir-se ao local de atendimento.

Frente à necessidade de melhorar a mensagem recebida no aparelho de bip, prescindir da digitação da sequência numérica, passível de erro, e também de melhorar a informação sobre o local da ocorrência, planejou-se a implantação de um software que agregasse mais segurança ao processo.

Solução Implantada:

Nos meses de outubro e novembro de 2010 os vigilantes da central de emergências receberam treinamento individual para utilização do software, conduzido por profissional da área de Tecnologia da Informação. Todas as possibilidades de acionamento pelo Netpage foram testadas, com resultado satisfatório.

Resultados obtidos:

Atualmente, com a implantação desta melhoria, quando há uma situação de Código Azul, por exemplo, no laboratório do Bloco A, ao invés da mensagem no aparelho de bip ser caracterizada por um número de ramal, a mensagem a ser encaminhada conta com a definição de bloco, andar, setor e local, aumentando o detalhamento da descrição de onde a vítima se encontra e agilizando o atendimento.

Considerando os meses de novembro e dezembro de 2010 e janeiro de 2011, todos os casos de acionamento do Código Azul realizados pela central de emergências ocorreram com a utilização do software Netpage. Não há registro de falhas até o momento. Considera-se implantada a melhoria da mensagem de Código Azul aos usuários. O uso do software é considerado seguro e há planos para expandi-lo para uso em todos os computadores da instituição no segundo semestre de 2011.

Qualidade e Segurança

RE_13_2011 - Avaliação do Perfil Ocupacional dos Colaboradores de uma Unidade de Produção de Refeições do RJ.

Wanessa Natividade Marinho

As Unidades Produtoras de Refeições (UPR s) são ambientes de trabalho que oferecem uma série de riscos ocupacionais. Este estudo teve como objetivo avaliar qualitativamente os riscos ocupacionais presentes na UPR s comercial localizada na Zona Sul do RJ.

Métodos: Foi aplicado um questionário para coleta de dados que permite a avaliação do perfil ocupacional desses colaboradores.

Resultados: O sexo masculino representa 83% do total de trabalhadores. E, 71% da população estudada possuem a faixa etária até os 29 anos de idade. Os cargos de chefia estão concentrados no sexo feminino. Notou-se que 67% dos trabalhadores exerciam a função em UPR s há anos. Quanto ao tempo de trabalho em relação à posição 87,5% relataram exercer a função em pé, sendo que desses 58% com anos de trabalho executando a mesma função. Em referência ao ambiente de trabalho têm a seguinte ordem decrescente de importância quanto à percepção dos trabalhadores: 83% o calor incomodava na realização das atividades laborais, 54% o barulho provocava indisposição, 12,5% que a iluminação e o Chefe causavam desconforto para realização das atividades. Em menção aos acidentes de trabalho percebeu – se que 32% dos trabalhadores sofreram corte e queimadura, 16% Perfuração com objeto, 13% Contusão ou Distensão Muscular e 7% Choque elétrico.

Conclusão: Podemos concluir que são necessários mais investimentos para algumas medidas de controle destes riscos, efetuando-se, portanto, mudanças que possam trazer melhorias da qualidade de trabalho, pois é de fundamental importância preocupar-se com a saúde e bem estar dos trabalhadores nas UPRs.

Indicadores Assistenciais

RE_14_2011 - Evidenciando a Atuação da Comissão de Óbitos do Hospital Universitário Clemente de Faria Através de Indicadores de Estrutura

Roberto Rodney Ferreira Junior

Palavras-Chave: Indicadores Hospitalares, Comissão de Óbitos, Administração Hospitalar, Gestão da Assistência.

O objetivo deste trabalho foi apresentar a metodologia adotada pela Comissão de Óbitos do Hospital Universitário Clemente de Faria no tratamento da análise dos óbitos ocorridos na instituição. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva, estatística e documental. A coleta das variáveis foi realizada a partir de três estratégias: retirada dos dados de impressos específicos, categorização de variáveis segundo os padrões da American Society of Anesthesiologists (ASA) e do Manual de Acreditação Hospitalar e por consenso entre os membros da Comissão. Para a coleta de dados foi utilizado instrumento específico. São utilizados, como fonte de informação o prontuário do paciente onde constam a autorização de internação hospitalar, o sumário de alta, a declaração de óbito (D.O), relatos cirúrgicos e as anotações médicas e de enfermagem. A Comissão de Óbitos definiu como objetivos: avaliar a qualidade da assistência prestada no HUCF a partir da análise dos óbitos hospitalares; a possibilidade de detectar a ocorrência de eventos adversos que indiquem necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria Comissão. Tem também como objetivo avaliar a possibilidade de definição, com base na metodologia utilizada, se seus achados são úteis para a detecção de áreas ou processos que possam ser objeto de ações de melhoria e se existe relação causal entre a conclusão do óbito e variáveis selecionadas. A definição de padrões para as variáveis utilizadas no levantamento dos prontuários dos óbitos hospitalares se prestou à avaliação da qualidade assistencial e a detecção de eventos adversos. Os resultados encontrados permitiram definir serviços e processos prioritários nos quais ações de melhoria podem ter impacto na qualidade assistencial: políticas relacionadas ao prontuário hospitalar, à auditoria hospitalar, à criação de protocolos assistenciais e à vigilância de eventos adversos. Os resultados encontrados e seus significados necessitam de discussão institucional através de feedback para os serviços, com informação sobre os problemas existentes e ações de melhoria que devem ser implementadas. Nos dois anos de análise ocorreram 404 óbitos hospitalares, dos quais 346 foram analisados. A Comissão de Óbitos do HUCF recebeu em 2008, 80% dos prontuários, em 2009 90%, evidenciando o acerto das estratégias de trabalho adotadas e permitindo definir, para 2010, a meta de 100% dos óbitos hospitalares serem avaliados.

Indicadores Assistenciais

RE_15_2011 - Envelhecimento – Perspectivas e Concepções. O Caso do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso Eny Faria de Oliveira

Roberto Rodney Ferreira Junior

Palavras-Chave: Indicadores Hospitalares, Gestão Hospitalar, Gestão da Assistência, Saúde do Idoso.

O objetivo deste trabalho foi o de analisar as práticas e atividades assistenciais prestadas a idosos frágeis no Centro de Referência e Atenção à Saúde do Idoso – CRASI da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, elegendo o atendimento prestado através dos critérios emanados pela linha-guia de “Atenção à Saúde do

Idoso”, referenciados pela atenção primária como prioritários dentro do processo de qualidade da assistência. É um estudo caracterizado como sendo exploratório-descritivo. Participaram 50 atores, entre idosos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos. O envelhecimento é um processo complexo e está associado a uma série de doenças, incapacidades múltiplas, dependência e perda da autonomia. O prolongamento da vida não é uma atitude isolada, necessitando de uma integração entre idoso, família e/ou instituição e profissionais especializados. A atuação dos diversos profissionais não deve ser centrada somente nas doenças, mas também nas principais condições que causam incapacidades e conseqüente declínio no grau de dependência funcional e prejuízo na qualidade de vida. Esse foi o novo desafio da saúde do idoso do qual o CRASI é parte importante. Fizemos entrevistas abertas a médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e aos idosos, além da observação dos serviços prestados identificando a interação entre os vários atores deste processo: idosos e equipe multiprofissional no Centro de Referência Eny de Oliveira, numa abordagem de análise de conteúdo. Diante deste desafio constatou-se o ótimo desempenho dos serviços de atendimento aos idosos os quais possibilitaram processos mais dinâmicos e qualificados em termos de diagnóstico via protocolo multidisciplinar, avaliando e classificando sempre segundo o risco, traçando *a posteriori* o Plano de Cuidados aos idosos identificados como frágeis. Como incremento de gestão todas as atividades de atenção e cuidados ao idoso passaram a ser gerenciados: os diagnósticos principais (número e rank), os tempos médios de triagem e de avaliação multiprofissional, o número de procedimentos e suas descrições, os exames de urgência (laboratoriais e radiológicos, dentre outros), o tempo do atendimento de enfermagem e outros dentro do Protocolo e, conseqüentemente; a alta do paciente com retorno à rede de atenção primária.

Qualidade e Segurança

RE_19_2011 - Exposições de Idéias Inovadoras - todos podem participar.

Cristiana Martins Prandini, Madalena Monterisi Nunes, Paola Carbone

Palavras chave: qualidade e segurança, PDCA (Plan-Do-Check-Act) e exposição anual.

Identificação do problema: apresentar e registrar publicamente iniciativas para melhoria da qualidade e segurança dos processos dos colaboradores do operacional que empiricamente buscavam soluções para problemas mas, que desconheciam o uso das ferramentas da qualidade.

Solução implantada:

- simplificação da ferramenta da qualidade PDCA;
- busca ativa das idéias e transformação destas em trabalhos;
- assessoria aos colaboradores sobre a adequação dos trabalhos ao modelo simplificado da ferramenta;
- exposição anual e premiação de trabalhos apresentados dentro da metodologia PDCA.

Resultados obtidos:

- Introdução ao uso de conceitos e ferramentas da qualidade para melhoria contínua dos processos a esses colaboradores;
- Divulgação das iniciativas de melhoria contínua dos colaboradores operacionais da instituição para o público interno e externo;
- Aprimoramento dos padrões de qualidade e segurança na instituição.

Monitoramento:

Aumento de 66,66 % no número de trabalhos expostos do 1º ao 2º ano de exposição.



Qualidade e Segurança

RE_21_2011 - Exposições como ferramenta para melhoria da qualidade e segurança.

Cristiana Martins Prandini, Madalena Monterisi Nunes, Paola Carbone

Palavras chave: qualidade e segurança, PDCA (Plan-Do-Check-Act) e exposição anual.

Identificação do problema: apresentar e registrar publicamente os projetos de melhoria da qualidade e segurança dos processos na instituição e a dificuldade em demonstrar para os colaboradores de nível médio o uso correto das ferramentas da qualidade;

Solução implantada: treinamento dos colaboradores da instituição sobre conceitos da ferramenta PDCA e sua aplicabilidade; exposição anual e premiação de trabalhos apresentados dentro da metodologia.

Resultados obtidos: Divulgação das iniciativas de melhoria contínua da instituição para o público interno e externo; Valorização do uso das ferramentas da qualidade para melhoria contínua dos processos; Maior reconhecimento do trabalho em equipe e interdisciplinar; Implantação dos trabalhos que tiveram bons resultados em outras áreas; Reconhecimento e premiação de trabalhos fora da instituição.

Monitoramento: Incremento anual do número de trabalhos apresentados e de trabalhos interdisciplinares.



Qualidade e Segurança

RE_22_2011 - Quimioterapia Segura – Uma Interação Multidisciplinar.

Paola Nicolini, Márcia Leda Pavanello, Patricia Mauzer Gollovitz, Roberta Lobato, Heloisa Camarinha, Antônio Francisco Pereira da Silva Júnior

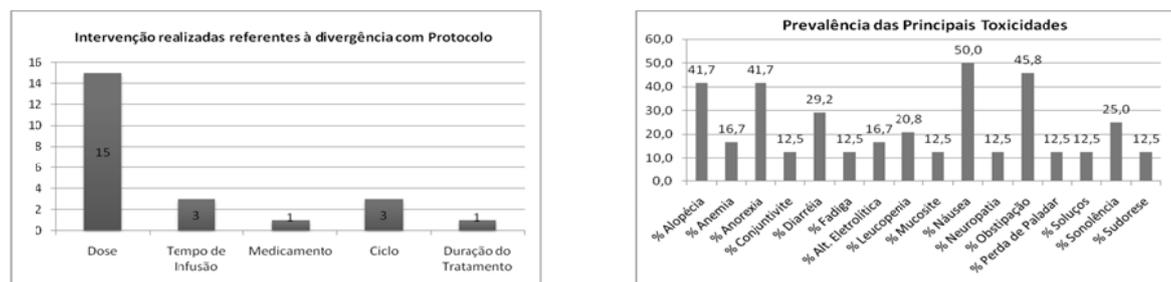
Palavras chave: qualidade e segurança, quimioterapia, equipe multidisciplinar

Identificação do problema: Necessidade da inclusão e utilização do protocolo quimioterápico na prescrição médica para melhorar e assegurar a qualidade da assistência multidisciplinar, detectando e corrigindo possíveis erros como também evitando e intervindo precocemente nas reações adversas inerentes ao tratamento.

Solução implantada: Utilização da ferramenta PDCA; Anexado o protocolo quimioterápico nas prescrições médicas; Orientação da equipe multidisciplinar na interpretação dos protocolos.

Resultados obtidos: Melhoria contínua da segurança e qualidade da assistência multidisciplinar; Acompanhamento e intervenções frente às toxicidades e reações adversas; Monitoramento do processo de prescrição e conferência detectando erros antes do preparo do quimioterápico, otimizando o tempo de administração da quimioterapia; Atualização contínua da equipe multidisciplinar

Monitoramento: Falhas evitadas com a utilização do protocolo e Prevalência das Principais Toxicidades



Qualidade E Segurança

RE_24_2011 - Protocolo de redução da taxa de bacteremia relacionada a cateter venoso central

Helena Cristina Paulino Cristofalo, Elias Gabriel da Silva, Claudia Regina Lopes Fabrega, Itanilton Queiroz de Souza

Identificação do Problema: Atualmente 60% dos pacientes do serviço de diálise de um hospital privado, fazem uso de CVC como acesso para hemodiálise, destes 40% estão impossibilitados de fazer FAV. Existe uma correlação linear entre a porcentagem de cateteres nas diferentes unidades de hemodiálise com o risco de mortalidade, conforme avaliado pelo estudo DOOPS. A principal causa do aumento de mortalidade dos pacientes com cateter venoso central esta relacionada ao aumento da incidência de infecções de corrente sanguínea relacionadas a presença do cateter. Em função da grande dificuldade de ampliarmos o uso de FAV pelas características peculiares da população de pacientes atendidas neste serviço, desenvolvemos protocolo visando à redução de forma significativa dos episódios de bacteremia relacionadas a cateter venoso central em nossa unidade de diálise.

Solução implantada, resultados e metodologia: Trata-se de um estudo prospectivo não randomizado. As taxas de infecção após a implantação do novo protocolo serão comparadas com as taxas observadas em anos anteriores e com valores médios observados na literatura. O protocolo inicia em maio de 2009 até agosto 2010, sendo a população estudada, todos os pacientes em programa de hemodiálise ambulatorial de um serviço privado. Quanto ao tipo de acesso para hemodiálise, no total de 40 pacientes, destes 12 (30%) utilizam como acesso vascular para hemodiálise o cateter venoso central tunelizado (permcath) e 28 (70%) com FAV. A técnica de manipulação de abertura de cateter usada no período janeiro de 2008 até abril de 2009, consistia em (01) um técnico de enfermagem ou (01) um enfermeiro onde ao mesmo tempo que manipulava o cateter manipulava a máquina de hemodiálise para iniciar o procedimento. Principalmente nos pacientes que fazem reuso do material descartável (linhas e capilar) onde um único técnico que despreza o priming das linhas faz a conexão das linhas no cateter. Ao término da sessão de hemodiálise, as seringas com anticoagulante e solução salina eram preparadas previamente, os oclusores do cateter ficavam expostos. Com o aumento das taxas de infecção, foi proposto um novo protocolo DOOPS baseado no que se segue: fazer uma limpeza prévia dos oclusores do cateter e linhas com cloroexidine alcoólica, antes de remover os oclusores do cateter, utilizar máscaras no profissional e no paciente durante a manipulação, lavar as mãos, abrir todo material necessário. Após a abertura de todos os materiais, colocar o campo sobre o cateter, fazer uma nova limpeza nos oclusores, retirar os oclusores, aspirar o anticoagulante dos lúmens utilizando um seringa de 3ml para cada lúmen, fazer conexão das linhas ao cateter. Quando o material do paciente que faz reuso, é necessária a utilização de dois profissionais, um responsável pelo cateter e o outro para desprezar o priming das linhas e manipular a máquina e fornecer as linhas ao profissional que está responsável pelo cateter. Término do procedimento realiza-se novamente técnica asséptica para a manipulação do cateter. O número de bacteremia relacionada a cateter venoso central, no ano de 2008 foi de 6,5 infecções/1000 cateteres-dia, ano de 2009 este número caiu para 6,0 infecções/1000 cateteres-dia e no ano de 2010 até agosto não foi constatado bacteremia relacionada a cateter.(grafico1) A manipulação incorreta do cateter venoso central acarreta complicações infecciosas de extrema importância clínica. Com relação as medidas de manipulação correta do cateter podemos destacar que estas são de extrema importância, um simples ato de colocar a máscara no técnico que manipula o cateter e no paciente há profilaxia na proliferação da infecção.Outra questão a ser discutida é o treinamento de todo o recurso humano do serviço, para aprimorar e executar com total confiança a nova técnica de manipulação do cateter.

Qualidade e Segurança

RE_26_2011 - Resultados Após a Implantação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente

Sandra Cristine da Silva, Daniela Fernandes de Oliveira, Elaine Aparecida Ambrosio, Luciana Barros

Palavras-chave: Metas Internacionais de Segurança do Paciente, Joint Commission International.

Identificação do Problema

Como forma prática de atuar na qualidade dos serviços acreditados, a Joint Commission International recomenda o uso de protocolos que previnam situações indesejadas no decorrer da assistência e promovam melhorias específicas em áreas problemáticas. Esta iniciativa reconhece que os sistemas de saúde são ambientes altamente complexos, que abrigam atividades de risco e processos cuja complexidade favorece desvios da qualidade. Por esta razão, a Joint Commission International estabeleceu por foco de atuação seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, são elas: Identificação correta dos pacientes; Comunicação efetiva; Segurança de medicamentos de alta-vigilância; Cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Redução de risco de infecções associadas aos cuidados de saúde e Redução de risco de lesões ao paciente decorrentes de queda. Estes processos são monitorados por meio de indicadores desde 2007 e na análise dos resultados observou-se uma evolução, porém ainda há necessidade da implementação de ações que contribuam para a obtenção de melhores resultados para o ano de 2011.

Solução Implantada

Para a implementação e sustentação das metas foi elaborado Plano de Ação com base na metodologia PDCA e indicadores de processo foram estabelecidos para o monitoramento, cujo resultado reflete a adesão e cumprimento das ações propostas. Estes indicadores são analisados periodicamente e novos ciclos de PDCA são aplicados sempre que identificada falhas de adesão, no intuito de melhorar o processo e garantir a qualidade e segurança do cuidado. Ainda são realizados trabalhos de conscientização e divulgação das ações para todos os colaboradores do Hospital. Desde a implantação dos processos, os indicadores são avaliados mensalmente, com o objetivo de garantir 100% de adesão.

Resultados Obtidos

Com a implementação dos processos referentes às Metas Internacionais de Segurança, nota-se que a média dos resultados de 2010 foi melhor em relação aos resultados de 2007. A Meta de Identificação correta dos pacientes apresentou resultado de 80% (média/07) para 94% (média/10) de todos os pacientes identificados na Instituição. Com relação à Comunicação Efetiva o resultado foi de 9% (média/07) para 81% (média/10) da taxa de conformidade na realização do script de validação da ordem verbal telefônica. Quanto ao monitoramento de medicamentos de alta vigilância obteve-se 1,8% (média/07) para 0,18% (média/10) na taxa de erro quanto à utilização de medicamentos de alta vigilância em unidades de internação. Cirurgia em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto mostraram crescimento de 77% (média/07) para 87% (média/10) de conformidade na demarcação do local cirúrgico e 50% (média/07) para 96% (média/10) na realização do check-list de verificação do pré-operatório (Time-out). A meta 5, Redução de risco de infecções associadas aos cuidados de saúde apresentou melhora na taxa de adesão à higienização das mãos, de 84% (média/07) para 87% (média/10). Já a meta 6- Redução de risco de lesões ao paciente decorrentes de queda obteve aumento na conformidade relacionada à avaliação de risco e planejamento dos cuidados relacionados à prevenção de queda em Unidades de Internação e Unidades Semi-críticas, de 68% (média/07) para 96% (média/10).

Qualidade e Segurança

RE_27_2011 - Atendimento Multidisciplinar Ambulatorial para Pacientes com Demência em um Hospital Privado

Rosângela Claudia Novembre, Marcia Oka

INTRODUÇÃO: A transformação demográfica vem ocorrendo com isto há um aumento na incidência de doenças crônicas que acompanham o envelhecimento populacional. O distúrbio cognitivo progressivo como a demência é muito comum nesta faixa etária e traz grandes reflexos familiares, sociais e econômicos.

OBJETIVOS: Apresentar o ambulatório de demência do setor de Medicina Preventiva.

MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de campo, realizado em um hospital privado do município de São Paulo. O ambulatório iniciou suas atividades em 2004, composto por uma equipe multidisciplinar representada por médico, nutricionista, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e enfermagem. Os pacientes são investigados através anamnese, exame físico, exames complementares, Testes de Avaliação Cognitiva: Mini Exame do Estado Mental, Fluência Verbal, Teste do Relógio e Avaliação Neuropsicológica no caso de dúvida diagnóstica. Foi instituído tratamento com Anticolinesterásicos e posteriormente introduzido memantina conforme indicação. Como tratamento coadjuvante a medicação foi implantado a Terapia de Reabilitação Cognitiva, a fisioterapia para o treino da marcha para prevenção de quedas e os cuidadores foi iniciado um trabalho de suporte psicológico com terapia em grupo.

RESULTADO: Atualmente são 35 pacientes ativos que participam do Programa, sendo 80% com diagnóstico de Demência, 5,7 % em estágio avançado (severo) e acamados, 11,4% em investigação do quadro cognitivo, 8,5% com depressão e 2,8% com Meningioma. Os pacientes com demência diagnosticada realizam semestralmente os testes de avaliação cognitiva para seguimento. Destes 19,4% participam da Terapia de Reabilitação Cognitiva e tem evoluído com melhora subjetiva nas habilidades de atenção, comunicação, coerência de idéias e expressão. Familiares se mostram mais participativos e interativos com a equipe profissional uma vez que passam a compreender a evolução da doença e suas limitações.

CONCLUSÃO: O atendimento multidisciplinar traz segurança para a família e o cuidador no transcorrer da doença. Apesar da inexorável evolução houve fidelização ao programa, com importante envolvimento da família no cuidado destes pacientes e na tentativa de preservar o maior tempo possível a autonomia e independência e conseqüentemente a qualidade de vida.

Indicadores Assistenciais

RE_28_2011 - Projeto Cuidar na Visão Transdisciplinar: Relato de Experiência

Vânia Domiciano, Ariadne Fonseca, Alexandre Bacchi

Este trabalho tem como objetivo, relatar a experiência das oportunidades de melhorias com a implantação do projeto cuidar pela equipe multiprofissional com enfoque transdisciplinar que permite a visualização dos usuários nos múltiplos aspectos que podem afetar a sua qualidade de vida. O estudo é um relato de experiência, a partir da vivência dos profissionais de saúde, que atuam em uma instituição pública da cidade de Carapicuíba. Primando pela qualidade da assistência prestada ao cliente e família, observamos que alguns processos precisavam ser revistos, buscando mudanças no cenário de atenção hospitalar para o domicílio. A partir de outubro de 2010, a instituição criou o projeto cuidar que destina-se preferencialmente, ao atendimento de pacientes idosos por tratar de uma população mais vulnerável tanto do ponto de vista biológico como social e econômico, portanto, mais expostos às alterações agudas e crônicas no estado de saúde que levam à maior procura dos serviços de atendimento em saúde. Este projeto foi elaborado em virtude das taxas de morbidades, mortalidade e readmissão que são indicadores largamente utilizados da assistência à saúde e tem como meta promover maior conforto, evitar complicações advindas do ambiente hospitalar e envolver pacientes e familiares na assistência, habilitando-os para o autocuidado. Foi elaborado um programa de orientação formado por uma equipe composta por: médico, enfermeiro, fonoaudióloga, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e terapeuta ocupacional. Essa equipe tem mantido sob seus cuidados em média 10 pacientes, com o tempo de internação médio de 25 dias. Essa equipe apresenta aulas com orientações educativas, assim como oferece uma cartilha aos pacientes e cuidadores. Nesse sentido, a identificação das dificuldades e as orientações fornecidas aos idosos e cuidadores após alta hospitalar representou um aspecto importante na busca da qualidade de vida.

Qualidade e Segurança

RE_29_2011 - Questionário anônimo como metodologia de busca de causas de erros e quase erros de medicação em Hospital Escola

Maria Angélica Pires Ferreira, Jesiel Ballerini, Leila Beltrami Moreira, Guilherme Becker Sander, Eloni Terezinha Rotta, Thalita Silva Jacoby, Jacqueline Kohut Martinbiancho, Leticia Toss, Simone Dalla Pozza Mahmud, Eliandra da Silveira de Lima, Carolina Day

A identificação das causas de erros de medicação é fundamental para definir ações preventivas. O Grupo de Uso Seguro de Medicamentos de um Hospital Universitário terciário (GUS) é composto por médicos, farmacêuticos e enfermeiros, e tem atuado na conscientização dos profissionais de saúde sobre a importância da comunicação do erro e identificação de suas causas, com ênfase em aspectos preventivos. Foi realizado um estudo transversal através de questionário anônimo, disponibilizado nas unidades assistenciais do Hospital, contendo três questões de múltipla escolha e duas perguntas abertas sobre causas que o profissional atribuía para os três últimos erros por ele cometidos durante a atuação no hospital, bem como sobre medidas preventivas consideradas mais importantes. A análise de sexo, profissão, unidade de trabalho, carga horária média de trabalho e empregos em outros hospitais foram outras variáveis avaliadas. No total, foram distribuídos 150 questionários, tendo retornado 122 (81,3%). Dentre os respondedores, 83,6 % eram do sexo feminino, e 16,4% dos entrevistados trabalhavam em mais de um hospital. A carga horária média de trabalho foi de 7 horas. A maioria dos respondedores era de técnicos de enfermagem (n=54, 44,3%), 29 eram enfermeiros (23,7%), 25 não informaram (20,4%) e 14 eram auxiliares de enfermagem (11,5%). Entre as unidades de trabalho, 44 questionários foram respondidos no Centro de Tratamento Intensivo (36%), 21 no Serviço de Enfermagem Cirúrgica (17,2%), 18 na emergência (14,7%), 15 no Serviço de Enfermagem Obstétrica Hematológica (12,3%), 14 no Serviço de Enfermagem em Pediatria (11,5%), 5 no Serviço de Enfermagem Materno Infantil (4%) e 3 no Serviço de Enfermagem Médica (2,4%). A principal causa apontada para os erros foi problemas de comunicação, com 25 respostas (20,5%), seguido de outros motivos com 24 respostas (19,7%), distração com 22 respostas (18%), cansaço com 13 respostas (10,6%) e falta de capacitação com 8 respostas (6,5%). Entre os motivos que contribuíram para redução de erros, o mais prevalente foi melhores condições de trabalho com 37 respostas (30,3%), seguido de melhora na comunicação das pessoas com 32 respostas (26,2%), melhor formação ou capacitação com 12 respostas (9,8%), outros com 10 respostas (8,2%) e 31 pessoas não responderam ao questionamento (25,4%). O questionário permitiu identificar problemas de comunicação como um fator importante para a ocorrência de erros. Com base nessa informação, foi recentemente elaborada uma campanha interna de melhora da comunicação, cujos resultados da implantação serão avaliados dentro de seis meses. Também estão sendo feitas reuniões com as equipes para discutir principais medidas que contribuiriam para melhora das condições de trabalho, com vistas à redução de erros, assim como melhora nas taxas de notificação. O monitoramento será feito pela frequência de erros e quase erros de medicamentos através de notificações.

Qualidade e Segurança

RE_30_2011 - Boletim colaborativo interdisciplinar sobre políticas e uso racional de medicamentos

Maria Angélica Pires Ferreira, Jesiel Ballerini, Guilherme Becker Sander, Eloni Terezinha Rotta, Leila Beltrami Moreira, Leticia Toss, Roberto Amaral, Jacqueline Kohut Martinbiancho, Simone Dalla Pozza Mahmud, Eliandra da Silveira de Lima, Carolina Day

Em um hospital universitário, de atenção terciária, com 744 leitos a Comissão de Medicamentos (COMEDI), é uma estratégia abrangente para comunicação com todos os serviços. A COMEDI tem caráter técnico, interdisciplinar, que, além de estabelecer a política de medicamentos, monitoriza o consumo, estabelece o perfil de uso, avalia prescrições e oferece consultoria ao prescritor, entre outras atividades. A comunicação com o corpo clínico é um fator fundamental para a adesão às recomendações da comissão. O boletim da COMEDI, de caráter colaborativo interdisciplinar, foi desenvolvido como instrumento para melhorar a comunicação entre a comissão e os profissionais da instituição envolvidos com a assistência ao paciente, de forma a apresentar conceitos de farmacologia clínica e uso racional de medicamentos, e informar sobre a política de medicamentos e alterações na lista hospitalar. O boletim é editado bimestralmente, sendo os tópicos definidos pela Comissão de Medicamentos e por membros do corpo clínico, com a participação de enfermeiros e farmacêuticos, e colaboração de estagiários das faculdades de Medicina e Enfermagem. O boletim contém seções pré-especificadas, incluindo alertas de órgãos de vigilância, alterações na lista de medicamentos, análise da qualidade de evidências, fármaco-economia, avaliação de tecnologias em saúde e intervenções sobre problemas específicos da instituição. Os textos são devidamente referenciados na literatura e/ou nas atas da comissão. O informativo é divulgado por meio eletrônico para os profissionais da saúde do Hospital, bem como para outras instituições hospitalares do estado. A primeira edição do informativo foi divulgada em agosto de 2008, totalizando, até setembro de 2010, 11 edições. No total, foram 40 artigos distribuídos ao longo das 11 edições. Observou-se boa receptividade manifestada através de contato direto e por meio eletrônico. Tem sido recebidos comentários, críticas, sugestões, bem como textos e tópicos específicos para próximas edições. Concluímos que o boletim informativo elaborado na forma proposta pela COMEDI é um instrumento de fácil implementação e de baixo custo, capaz de melhorar a comunicação com o corpo clínico e demais profissionais de saúde; contribui para a

disseminação de conceitos de uso racional e melhores práticas assistenciais na instituição. A continuidade do monitoramento será feita através de pesquisa de opinião e dos comentários recebidos.

Qualidade E Segurança

RE_32_2011 - Simulado de Emergência no Papel

Andréa de Fátima Tamura, Daniela Fernandes de Oliveira, Sérgio Samir Arap, Sandra Cristine da Silva, Paulo Roberto Leal, Gizelma Rodrigues

Palavras-chave: Simulado de emergência; Segurança; Acreditação Internacional.

Identificação do problema

Com a finalidade de treinar os colaboradores para enfrentamento de situações de emergência (incêndios, por exemplo) que exijam abandono e evacuação da edificação, são realizados periodicamente treinamentos simulados envolvendo colaboradores de diversas áreas do complexo hospitalar. Esses treinamentos simulados exigem planejamento cuidadoso, mobilizam colaboradores de vários setores, envolvem instituições externas, comunicação ampla, além de interrupção das atividades assistenciais, sem desprezar as necessidades e fragilidades dos pacientes. A realização frequente desse tipo de evento, benéfica certamente, é complexa e demorada demandando tempo expressivo desde o início do planejamento até a execução.

Solução Implantada

A fim de ampliarmos o alcance desse tipo de treinamento, bem como a frequência de realização acrescentamos ao processo de simulados o denominado “simulados de papel”: estes consistem na apresentação por um facilitador da planta baixa do local de trabalho a pequenos grupos de colaboradores, no horário e no local de trabalho; nessa planta são inseridos pequenos ícones representando extintores diversos, alarmes, vítimas e pacientes, telefones e o próprio fogo do incêndio; de forma interativa o facilitador, usualmente profissional de Segurança e Saúde do Trabalhador, estimula que os participantes organizem retirada de vítimas, localizem rotas de fuga, localizem os extintores e hidrantes, visualizando e apontando alternativas e soluções no próprio local onde se encontram. Os simulados de papel são realizados no próprio local de trabalho em setores onde há a presença de pacientes e acompanhantes; podem ser realizados com poucas pessoas por vez, inúmeras vezes por turno com mínimo transtorno às rotinas das áreas assistenciais. A aceitação dos colaboradores tem sido muito boa e a participação durante o exercício costuma ser ativa.

Resultados Obtidos

Com essa nova abordagem obtivemos os seguintes resultados:

ANO	Nº facilitadores por exercício	Quantidade de setores atingidos no ano	Quantidade de participantes
2009	08	08	160
2010	02	43	1192

Portanto, verifica-se que foram mobilizados 4 vezes menos facilitadores por exercício e houve um aumento de participantes de 7 vezes.

Acreditação

RE_33_2011 - Treinamento Institucional: Projeto Recertificação Internacional

Sandra Cristine da Silva, Elaine Luiza Bressan Guidotti, Daniela Fernandes de Oliveira, Elaine Ambrosio, Luciana Barros

Palavras-chave: Capacitação, Treinamento, Acreditação, Qualidade.

Identificação do problema

A instituição considera a capacitação e qualificação dos colaboradores um elemento primordial para o processo de aprimoramento contínuo na melhoria da assistência. Para tal, anualmente, um programa de capacitação é desenvolvido com foco nas questões da Qualidade, priorizando as funções e os capítulos do Manual de Acreditação Internacional da Joint Commission International e seus desdobramentos. Atualmente o hospital conta com cerca de 3.800 colaboradores entre equipes assistenciais, de apoio e administrativo. Desta forma, se faz necessária a aplicação de uma nova estratégia e metodologia de ensino, visando uma maior participação dos colaboradores, interação entre os profissionais e alinhamento uniforme dos principais processos.

Solução Implantada

Para o ano de 2010 foi elaborado um programa de capacitação para todos os colaboradores do Hospital. Este programa apresenta por objetivo a retenção dos conteúdos, atratividade, interação entre os grupos e um alto índice de participação. Para tal, foram desenvolvidas novas metodologias utilizando os seguintes formatos:

- Jogo de tabuleiro: denominado “Qualidade em jogo”, monta-se uma mesa com 10 pessoas, divididas em 5 duplas, quem acerta a alternativa correta anda as casas no tabuleiro, o objetivo é que as 5 duplas cheguem juntas ao final.

- Perguntas e respostas: projeta-se uma pergunta e o colaborador sorteado responde.

- Plaquinhas alternativas: todos os colaboradores recebem no início do treinamento três plaquinhas contendo as alternativas A, B e C; as perguntas são projetadas com três alternativas e todos mostram ao mesmo tempo a alternativa que acha correta.

- E-learning: Sobre Ferramentas da qualidade

Para consolidar o processo de capacitação presencial ainda foi elaborada uma Cartilha denominada “ABC da Re-acreditação” distribuída a todos os colaboradores do hospital.

Resultados Obtidos

Dos cinco treinamentos realizados no segundo semestre de 2010 (Metas internacionais de Segurança do paciente; Acesso, Avaliação e Cuidado do paciente; Direitos e deveres do paciente; Comunicação e informação e Segurança do Ambiente), obteve-se uma média de participação de 80% dos colaboradores. Ainda no intuito de consolidar este processo, no mês de novembro/dezembro foi realizada uma avaliação on-line para verificar a retenção de todo o programa, com a participação de 83% dos colaboradores que tiveram uma média de 90% de acertos nas respostas.

Os resultados evidenciam que a realização de um programa de capacitação com variadas metodologias proporciona alto índice de participação dos colaboradores e a retenção de conhecimentos. O programa se mostrou como uma ação de sucesso, não apenas por gerar a aprendizagem sobre os processos de trabalho, mas também porque trouxe integração entre os participantes, aspecto essencial para mobilização dos colaboradores em prol da excelência na assistência ao paciente e para a acreditação.

Qualidade E Segurança

RE_34_2011 - Relato De Sucesso Da Desospitalização Do Idoso Para Home Care

Rosângela Claudia Novembre, Marcia Oka, Camila Minussi Coaglio, Cristiane Paes Salomão, Isabel Nigohosian, Célia Maria Francisco

Introdução:

A desospitalização segura do idoso para seu domicílio, onde terá continuidade do tratamento proposto, com programas de reabilitação, recuperação ou de cuidados paliativos garantindo a qualidade na assistência iniciada no Hospital é o marco para o sucesso desta transição. O atendimento aos idosos e o cuidado domiciliar de longo prazo é uma alternativa, uma vez que há aumento da expectativa de vida e incidência de doenças crônico-degenerativas. A permanência dos pacientes é acompanhada e monitorada por um grupo interdisciplinar que intervém quando necessário para que o processo de desospitalização seja facilitado.

Objetivo:

Descrever os resultados do processo de desospitalização para Home Care do paciente Idoso.

Método:

Estudo descritivo e comparativo entre o ano de 2008 e 2009, em um hospital privado do Município do Estado de São Paulo.

Resultado:

No ano de 2008 foram feitas 205 solicitações de Home Care para os pacientes idosos internados nesta instituição, com média de 17,1 solicitações/mês, sendo que 51% representaram alta para esta modalidade de atendimento. No ano de 2009 houve um aumento no número de solicitações para 239, com média de 19,9 solicitações/mês, sendo que desde 65% efetivamente receberam alta com apoio. O grupo realizava reuniões assistenciais semanais, e interação entre operadora de saúde, médico assistente, empresa de Home Care e família, propiciando uma alta acompanhada e com um maior envolvimento da classe médica quanto à possibilidade de desospitalização com os recursos disponíveis.

Conclusão:

A atuação do grupo interdisciplinar modificou a visão assistencial no apoio a alta com Home Care, garantindo o sucesso da desospitalização segura do idoso e a manutenção do paciente no núcleo familiar, aumentando a qualidade de vida deste e de seus familiares.

Referências:

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing: 1950-2050. New York; 2001. Demographic determinants of population ageing; p 5-9. 2. Paschoal, SMP; Franco, RP; Salles, RFN. Epidemiologia do Envelhecimento In: Netto, MP. Tratado de Gerontologia 2.ed. rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007

Qualidade e Segurança

RE_36_2011 - Checagem de Segurança Pré-Operatória como Metodologia para Diminuir os Riscos Assistenciais

Ana Lucia Silva Mirancos da Cunha, Sandra Cristine da Silva, Sérgio Samir Arap, Fabiane Cardia Salman

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Qualidade, Check-list

Identificação do problema

As cirurgias tornaram-se parte integral dos cuidados de saúde, com uma estimativa de 234 milhões de operações realizadas anualmente, segundo o Safe Surgery Saves Lives Study Group. Nos EUA, estima-se que, anualmente, quase 3000 erros relacionados à pacientes, procedimentos ou local cirúrgico ocorram. A utilização de listas de verificação e check-lists para aumento da segurança na área da saúde têm apresentado alta efetividade, porém com difícil implementação. Desde que o hospital optou por participar de Acreditação Hospitalar Internacional, vários processos foram reavaliados e implantados, para adaptação às exigências de segurança em pacientes vulneráveis e críticos.

Solução Implantada

Como metodologia de trabalho foi definido alguns processos cujo monitoramento garante segurança ao paciente e equipe, são eles: agendamento cirúrgico, conferência de materiais e equipamentos com 48 e 24h de antecedência ao procedimento e processo de admissão do paciente nas unidades e centro cirúrgico. Após a admissão do paciente no centro cirúrgico, um check-list de verificação é realizado antes da indução anestésica, checando o correto preenchimento dos impressos, a confirmação da identificação do paciente e demarcação do sítio cirúrgico, após a indução anestésica o posicionamento cirúrgico, uso de antibioticoprofilaxia e a presença de todos os equipamentos e materiais necessários para o início da cirurgia e após o término da cirurgia checa-se a conferência e contagem de compressas e gases e o acondicionamento e encaminhamento de espécimes para exames de anatomia patológica.

Resultados Obtidos

Desde a implementação o Centro Cirúrgico identificou três casos onde, por incorreções nos dados ou formulários de agendamento, as cirurgias foram marcadas para o órgão contralateral. Estas falhas foram identificadas e corrigidas previamente à realização dos procedimentos, não tendo impacto na assistência prestada ao paciente. Quanto à realização da checagem, no início do programa, em 2007, a verificação era realizada de forma sistemática em 33% dos casos. Em dezembro de 2010, 97% dos procedimentos cirúrgicos tinham a checagem de segurança realizada. Conclui-se que a melhoria do indicador pode ser reflexo das diversas campanhas e ações realizadas junto aos profissionais cujo principal objetivo é evidenciar a importância da realização do Check-list de verificação (Time-out) para o aumento da segurança e da qualidade da assistência ao paciente.

Qualidade e Segurança

RE_43_2011 - Alta Hospitalar Segura: Apoio a Desospitalização do Paciente Idoso de Longa permanência

Rosângela Claudia Novembre, Isabel Nigohosian, Camila Minussi Coaglio, Cristiane Paes Salomão, Marcia Oka, Célia Maria Francisco

Introdução: Muito se discute sobre o envelhecimento populacional mundial principalmente nos países em desenvolvimento, visto que este processo vem ocorrendo de forma rápida e expressiva. O perfil demográfico brasileiro tem apresentado uma progressão no número de idosos. Estima-se que em 2020 eles totalizarão aproximadamente 32 milhões. Há um aumento significativo das doenças crônico-degenerativas, o que gera mais internações hospitalares e aumento do tempo de permanência. Esta situação fez surgir um grupo inter e multidisciplinar de apoio ao paciente de longa permanência em hospital da rede privada, com principal objetivo de atuar na viabilização de uma alta segura com os recursos necessários possíveis e disponíveis para desospitalização com qualidade para o paciente, seu familiar e o médico.

Objetivo: Descrever o perfil dos idosos internados em longa permanência e os resultados da alta segura.

Método: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado em hospital privado filantrópico. Os dados foram coletados no ano de 2009. Composto por uma equipe multidisciplinar, o grupo aborda o paciente e familiares de forma individualizada ou em reuniões multidisciplinares com os mesmos, onde são discutidas as necessidades de apoio para alta. A atuação envolve o médico assistente, assim como a interação com as operadoras de saúde.

Resultado: No ano de 2009 o grupo monitorou 304 idosos internados em longa permanência, tempo de internação maior que 20 dias na Instituição, dos quais 45,7% tinham 80 anos e mais. Do total da população monitorada 20,7% apresentavam doenças do aparelho respiratório, 19,7% neoplasia e 16,4% doença do aparelho circulatório, com tempo médio de permanência de 56,51 e 51 dias respectivamente. Não houve diferença significativa no tipo de tratamento clínico ou cirúrgico por tempo de permanência. Em relação à complexidade de doenças associadas, 46,7% da amostra tinham mais de quatro diagnósticos. O número de reinternações acompanhados por um período de 3 meses foi de 6,6%, sendo maior na faixa etária de 80 anos e mais.

Conclusão: A atuação do grupo como facilitador na alta do paciente idoso internado em longa permanência traz mais segurança ao paciente, familiares e médico e aumenta o tempo para retorno para reinternação.

Referências

United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Ageing: 1950-2050. New York; 2001. Demographic determinants of population ageing; p 5-9.

Paschoal, SMP; Franco, RP; Salles, RFN. Epidemiologia do Envelhecimento In: Netto, MP. Tratado de Gerontologia 2.ed. rev. e ampl. – São Paulo: Editora Atheneu, 2007

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9 (4): 897 – 908.

Indicadores Assistenciais

RE_46_2011 - Impacto da instalação de Centros de Especialidades Odontológicas na oferta de Procedimentos de Média Complexidade pela Rede Estadual de Assistência.

Sérgio Beltrão de Andrade Lima, Maria do Carmo Gomes Lima, Pauleane Farias Evangelista, Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior, Regis Façanha Dantas, Alessandra Pimentel de Sousa, Raimundo José Arruda Bastos

Palavras-chave: Indicadores de Saúde; Monitoramento de Resultados; Odontologia em Saúde Pública, Atenção Secundária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Programas e Projetos de Saúde.

Depois de completar a 1ª década do Programa Saúde da Família, período da consolidação da Atenção Básica, o Sistema Único de Saúde precisava avançar na oferta de procedimentos especializados. Em especial na assistência odontológica, a realização de atendimentos da média complexidade era incipiente e não atendia a uma parcela considerável da população. Com o nome de “Brasil Sorridente”, o Governo Federal lançou uma Política de Estado que possibilitou a inauguração de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em todo o país.

De forma precursora, antes mesmo do lançamento da Política Nacional de Atenção à Saúde Bucal, o estado alvo desse estudo já oferecia atendimento especializado em Odontologia. Diante da ampla adesão de municípios à implantação dos CEO, tornou-se necessária a reorganização da rede estadual, para evitar a sobreposição de serviços em regiões urbanizadas e a falta de cobertura adequada em pontos remotos.

Para garantir a execução de um programa de expansão da oferta e melhoria da assistência prestada foi firmado um contrato de empréstimo com um órgão de financiamento internacional. Com o recurso garantido para construção, aquisição de equipamentos e qualificação profissional, estão sendo inauguradas unidades regionais em cidades do interior, num esforço articulado para organização e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, com foco na segurança e qualidade no atendimento.

Além de comparar os diversos momentos de amadurecimento da Atenção à Saúde Bucal no Setor Público, propõe-se demonstrar os resultados obtidos e pretendidos com os movimentos de implantação, expansão e organização da assistência especializada em Odontologia.

Considerando como marco zero o ano de 2002 (quando praticamente não existia atendimento especializado em Odontologia) e elencando os eventos ocorridos até os dias atuais, pretende-se apresentar cortes seriados bianuais que demonstram os reflexos do aumento da oferta na cobertura assistencial. Bem como, apresentar a perspectiva projetada para o ano de 2012 - quando se completa a implantação e a qualificação da Rede Estadual de Atenção à Saúde Bucal.

Qualidade e Segurança

RE_47_2011 - Hospital Regional: do planejamento à inauguração - Desafios e lições aprendidas.

Sérgio Beltrão de Andrade Lima, Maria do Carmo Gomes Lima

Palavras-chave: Qualidade; Assistência à Saúde; Unidade Hospitalar de Saúde Pública; Programas e Projetos de Saúde; Gestão em Saúde.

Resumo: *Identificação do Problema:* Com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde muito se tem avançado na expansão dos serviços de atenção básica em Todo país. O acesso aos serviços primários foi democratizado, evidenciando a demanda por serviços especializados. Ao analisar a Rede de Atenção do Estado, verificou-se a fragilidade no atendimento ambulatorial de média complexidade e hospitalar, em especial nos municípios mais distantes da capital. Ressalta-se ainda o fato de que os serviços até então existentes não apresentavam perfil compatível com o quadro epidemiológico vigente e nem atendiam às boas práticas da qualidade. *Solução Implantada:* Diante do quadro identificado, o Governo do Estado buscou co-financiamento internacional para a melhoria e expansão da assistência especializada à saúde, através da implantação de 39 novas unidades, dentre elas dois hospitais regionais de grande porte. Com a responsabilidade de implantar estes novos serviços, orientar a utilização de novos modelos de gestão e ofertar serviços acreditados, foi criada uma unidade de gerenciamento do programa formada por cerca de 30 (trinta) profissionais de diversas áreas. Os trabalhos desenvolvidos vão desde a escolha do terreno, definição do modelo assistencial, desenvolvimento de projetos de arquitetura e engenharia, desenho de fluxos e processos com vistas à Acreditação, processos de aquisição, dimensionamento de Recursos Humanos, compatibilização entre obras, equipamentos e funcionalidade do serviço de saúde, até o plano de implantação. *Resultados Obtidos:* Os estudos de diagnóstico de necessidades e viabilidade técnica deste hospital iniciaram-se em janeiro de 2007 e culminaram com o lançamento da pedra fundamental em fevereiro de 2009. A equipe formada manteve foco no desenvolvimento de um projeto que conferisse segurança ao paciente abrindo caminho para prestação de serviços de qualidade que venham a ser dignamente reconhecidos. Atualmente esta Unidade conta com atendimento de urgência / emergência e serviços de média e alta complexidade, abrangendo 41 municípios e atendendo mais de 1 milhão e 336 mil cidadãos. Sua estrutura consiste em 27.126 m² de área de atenção ao paciente, com 294 leitos, assim distribuídos: 174 leitos nas enfermarias, 20 leitos de UTI, 15 leitos na unidade de cuidados semi-intensivos e 85 leitos de apoio (emergência, imagem, centro cirúrgico e recuperação pós-anestésica). Seu gerenciamento se dá através de uma Organização Social de Saúde, gerando aproximadamente 1.100 empregos diretos. Possui potencial de 200.00 atendimentos de urgência e emergência/ano, 182.370 exames, 12.000 cirurgias, 15.000 internações e desenvolve ainda atividades de Ensino e Pesquisa.

Qualidade e Segurança

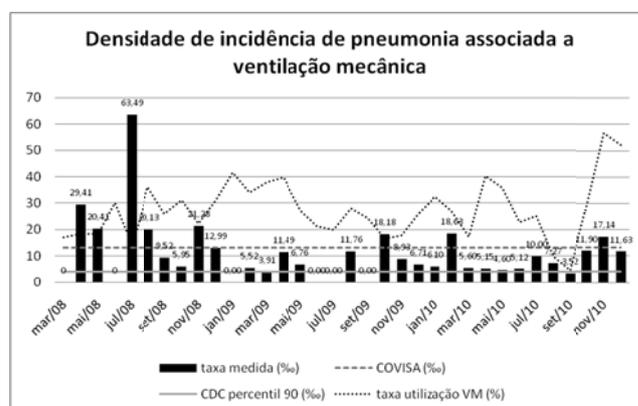
RE_48_2011 - PAV: Um desafio que só pode ser vencido através da melhoria contínua

Andre Luiz Baptiston Nunes, Orlando Jorge Gomes da Conceição, Cristina Vasco Silva, Carolina Ferreira Pinto, Rafaela Deczka Morsch, Denise Souza Amorim

Identificação do problema: A densidade de incidência de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) pode variar de acordo com a população de pacientes e os métodos diagnósticos disponíveis. A densidade aumenta com a duração da ventilação mecânica (VM) e tem taxas de ataque de 3% por dia nos primeiros cinco dias e 2% para cada dia subsequente de ventilação. A mortalidade varia de 20 a 60% e aproximadamente 33% dos pacientes com PAV morrem em decorrência desta infecção. Durante a rotina de monitorização das medidas de prevenção e diagnóstico precoce da PAV, foram diagnosticados em 08/08 4 casos (63,5%) e uma série de medidas foram tomadas ao longo do tempo para controle. *Solução implantada:* Conceitos utilizados: ciclos de melhoria contínua, trabalho multidisciplinar e guidelines de prevenção recomendados pela literatura. O resumo dos ciclos de melhoria contínua estão na tabela abaixo:

Data	Mensuração	Planejamento	Ação
ago/08	PAV = 63,49%	Check list (guideline PAV) CPIS Colutório para higiene oral	Desenvolvida entre set e dez 08
dez/08	PAV = 21,28%	Retorno aos valores históricos	Revisão da meta para 13,2% COVISA
mai/09	PAV < 13,2% (COVISA)	Substituição colutório por solução clorexedine 0,12%	Nova meta 4,2% CDC 90
jul/10	PAV = 10%	Redução taxa invasividade	Redução tempo VM
out/10	PAV = 11,9%	Incluir Check list na visita multidisciplinar da UTI	Em desenvolvimento
jan/11	Aguarda aferição	Cânula subglótica Novo "kit" de higiene oral	A desenvolver

Gráfico da evolução temporal da densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica:



Conclusão: O controle da incidência de PAV requer ações contínuas e multidisciplinar. O controle efetivo só será obtido com rigorosa observação qualitativa e quantitativa da assistência prestada, e metas "ambiciosas" devem ser estabelecidas.

Indicadores Assistenciais

RE_49_2011 - Escala de Complexidade Clínica como Estratégia de Melhoria da Qualidade de Gestão da Fisioterapia em Hospital Pediátrico.

Maristela Trevisan Cunha, Regina Célia Turola Passos Juliani, Carla Marques Nicolau

Identificação do problema: A qualidade na assistência de fisioterapia pode ser vislumbrada por ações desenvolvidas em três processos de trabalho: na gestão profissional dos serviços de fisioterapia; na melhora do conhecimento e da qualificação dos fisioterapeutas e, no oferecimento de um tratamento humanizado. No processo de gestão profissional, a utilização de sistemas de graduação da gravidade clínica do paciente são recursos que auxiliam na organização e no planejamento das atividades do Serviço de Fisioterapia.

Solução implantada: Elaboração e implantação de uma escala de complexidade clínica com a finalidade de identificação da demanda de pacientes com indicação de tratamento fisioterapêutico, padronização do número de atendimentos por dia, além de servir como ferramenta para adequação do número de profissionais e de equipamentos do serviço.

Metodologia: Em 2002, foi elaborada e adotada a primeira escala de complexidade clínica para a fisioterapia baseada em experiência administrativa. Essa escala foi revista e aperfeiçoada em 2006, onde verificou-se a necessidade da adoção de escores clínicos que compreendiam 5 níveis de complexidade, sendo o nível 1 de complexidade baixa e o de nível 5 de alta complexidade. Também foi elaborada uma tabela baseada em intervenções de fisioterapia, cuja pontuação aumenta conforme o número de procedimentos realizados, indicando a complexidade dessa assistência. A pontuação resultante da tabela de intervenção de fisioterapia foi dividida em 3 classes, que se integram com a tabela de complexidade clínica e possibilitam estabelecer o número de terapias indicadas em duas diferentes visões: pelo quadro clínico do paciente e pelas intervenções de fisioterapia necessárias ao atendimento daquele paciente.

Resultados obtidos: A partir do uso e monitoramento contínuo dos dados da escala de complexidade desde 2006, foi possível verificar a real necessidade do aumento da assistência de fisioterapia nas diversas unidades de internação e ambulatoriais, o que resultou no aumento do número de fisioterapeutas do serviço que passaram de 13 profissionais em 2004 para 37 em 2010; a partir disso houve a ampliação do horário de atendimento da equipe passando de 12 horas de segunda à sexta-feira nas unidades de terapia intensiva em 2004, para cobertura 24 horas de segunda à segunda-feira a partir de 2008. Com os dados de 2010 verificou-se também, que 83,4% dos pacientes internados em terapia intensiva pediátrica tiveram indicação de fisioterapia respiratória; destes 12,3% foram classificados em complexidade 2, 82,3% em complexidade 3 e, 5,4% em complexidade 4. Com o auxílio dos dados fornecidos pela tabela de complexidade e de intervenção, viabilizou-se à aquisição de equipamentos para melhoria da qualidade da assistência fisioterapêutica, sendo adquiridos 6 aparelhos de ventilação não invasiva, 10 aparelhos de monitorização dos sinais vitais além de vários dispositivos específicos para terapia respiratória. As duas tabelas têm funções que agregam qualidade às atividades de fisioterapia. Ao serem usadas pela equipe no dia a dia, padronizaram o número de terapias por paciente, de acordo com sua condição e necessidade clínica, e permitiram ao gestor conhecer a demanda por unidade de internação, a quantidade atendida e a adoção de medidas junto aos superiores hierárquicos para suprir a necessidade de recursos humanos e de equipamentos.

Qualidade e Segurança

RE_50_2011 - Implantação da ferramenta FMEA como matriz do mapeamento de riscos no Hospital Estadual Vila Alpina: relato de experiência

Renata Tirza Rezende Borges, Heloisa de Pinho Nogueira

Neste trabalho buscou-se apresentar a experiência do Hospital Estadual Vila Alpina, situado na cidade de São Paulo, durante a implantação do processo de mapeamento de riscos utilizando-se como matriz um método de Análise dos Modos de Falha e Efeito denominado FMEA (Failure Mode and Effect Analysis). O FMEA é uma ferramenta que tem como objetivo evitar que ocorram falhas no projeto de um produto ou no processo, possibilitando o mapeamento dos riscos de forma proativa e preventiva.

Na área hospitalar o mapeamento de riscos tem grande relevância, a assistência do paciente por si só envolve muitos procedimentos que trazem riscos. Utilizando esta ferramenta a equipe que presta assistência ao paciente pode de forma clara e objetiva tratar destes riscos aumentando a segurança do processo da assistência e conseqüentemente a do paciente. Para isto a metodologia FMEA possibilita a avaliação de cada etapa do processo onde ocorre a assistência considerando as possibilidades de falhas, montando cenários onde estas são avaliadas mesmo que nunca ocorridas neste processo. Deste modo, dá-se oportunidade de prevenir danos, às vezes irreversíveis para o paciente, trazendo maior segurança.

A experiência para mapeamento de riscos teve início como projeto piloto em quatro setores escolhidos por critérios de complexidade, números de eventos notificados e envolvimento no processo de segurança do paciente, sendo estes, Agência Transfusional, Farmácia, UTI Adulto e UTI Neonatal. Foi elaborado um cronograma de implantação. O primeiro passo foi o treinamento sobre a metodologia FMEA (anexo1). A partir daí desenvolveu-se para os processos assistenciais reuniões semanais, sendo que nos processos de apoio técnico o acompanhamento foi quinzenal. Em todos os processos o método utilizado foi interativo pelo site do Institute for Healthcare Improvement-IHI (anexo 2). Entre outras ferramentas utilizou-se o fluxograma para abordagem de todas as etapas do processo, por meio de um brainstorming e também o método Ishikawa, que contou com a participação de todos os envolvidos na realização das tarefas (equipe médica, enfermagem, serviço social, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, nutrição, biomedicina).

Uma vez definido o modo de falha e suas causas definiu-se o Número Priorização do Risco (RPN = ocorrência x detecção x severidade) para priorização das ações que serviram como barreiras para redução do modo de falha. Os setores assistenciais estão em fase final do mapeamento de riscos e a Agência Transfusional e Farmácia já definiram as etapas com maior RPN e implantaram as ações para prevenção. No intuito de que toda equipe tenha melhor visualização das etapas de risco do processo e possa melhor gerenciá-los foi utilizado o fluxograma do processo onde as etapas com RPN mais elevados (>100) foram marcadas em vermelho, os RPN médios (> 50 e < 100) em amarelo e os baixos (<50) em verde (anexo3). Atualmente temos um ciclo de melhorias concluído onde partimos de riscos levantados empiricamente para utilização de uma matriz de risco, com definição de responsabilidades e metas claras para redução destes. Um novo ciclo de melhorias inicia-se com nova avaliação do FMEA para validação das ações preventivas implantadas e verificação da mitigação dos riscos para os setores de Agência Transfusional e Farmácia. Planeja-se a finalização nos processos assistenciais piloto e cronograma de expansão para todos os setores assistenciais do hospital até julho 2011.

Anexo 1

HEVA	Gerenciamento de Risco											
	Cronograma de Implantação						Mapeamento			Resultados		
	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Febrero	Março	Abril	Agosto	Setembro	Outubro
PLANO DE AÇÕES												
Treinamento sobre utilização do FMEA Família	I	T										
Início do Mapeamento dos RPNs de todas etapas do processo da Farmácia				T								
Finalização do Mapa de riscos com estabelecimento de metas de redução do RPN - Farmácia					I	T						
Treinamento UTI Adulto utilização do FMEA	I	T										
Início do Mapeamento dos RPNs de todas etapas do processo da UTI Adulto						T						
Finalização do Mapa de riscos com estabelecimento de metas de redução do RPN - UTI Adulto							I	T				
Treinamento UTI Neonatal utilização do FMEA	I	T										
Início do Mapeamento dos RPNs de todas etapas do processo da UTI Neonatal						T						
Finalização do Mapa de riscos com estabelecimento de metas de redução do RPN - UTI Neonatal							I	T				
Treinamento Agência Transfusional utilização do FMEA			T									
Início do Mapeamento dos RPNs de todas etapas do processo da Agência Transfusional									T			
Finalização do Mapa de riscos com estabelecimento de metas de redução do RPN - Agência Transfusional										I	T	

Anexo 2

Institute for Healthcare Improvement: Failure Modes and Effects Analysis Tool Process Data Repo - Windows In...

http://www.ihl.org/ihl/workspace/tools/fmea/ProcessDataReport.aspx?ToolId=108278&ScenarioId=12474

IHI.org A resource from the Institute for Healthcare Improvement

Failure Modes and Effects Analysis (FMEA) Tool

MAPEAMENTO DOS RISCOS DO PROCESSO DA FARMÁCIA

Hospital Estadual de Vila Alpina
SAO PAULO, Brazil
Hospital-Community

Aim: REDUZIR EM 21% O RPN (DE 3100 PARA 2441 RPN) ATÉ MAIO DE 2011.
REDUZIR EM 40% O RPN (DE 3100 PARA 1915 RPN) ATÉ DEZEMBRO DE 2011.

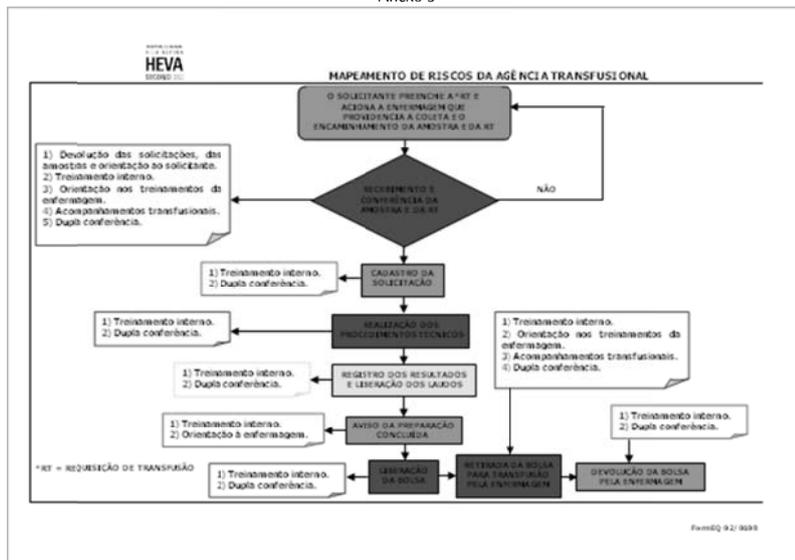
Process Data

Step	Description
1	AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTO

Failure Mode	Causes	Effects	Occ	Det	Sev	RPN	Actions
Medicamento termolábil	Aquisição variada de medicamento quanto a conservação de temperatura em ambiente ou refrigeração	Redução da estabilidade e diminuição ou ausência do efeito do medicamento	3	2	6	36	
Medicamento importado	Falta do produto em âmbito nacional	Desabastecimento / Não administração	2	1	10	20	
Produto monopolizado	Falta do produto	Desabastecimento / não administração ou substituição da terapia	2	1	10	20	
Aquisição de produtos de fornecedores não qualificados	a) Política de aquisição de medicamento « Visão comercial b) Fornecedor não qualificado com monopolição de produto c) Falta de fornecedores qualificados / avaliados	Aumento de ocorrências de desvio de qualidade - Redução do efeito do medicamento / Risco de infecção hospitalar por administração de produto contaminado.	2	3	10	60	Elaborar e gerenciar através de indicador de qualidade os medicamentos adquiridos de fornecedores qualificados e não qualificados. Prazo: 12/2010.

Fonte: www/ihl.org

Anexo 3



Fonte: Elaborado pelo Escritório da Qualidade - Hospital Estadual Vila Alpina Secenci OSS

Indicadores Assistenciais

RE_52_2011 - Indicadores Assistenciais – Quase-falhas em dietas por via oral

Maria Beatriz Ross Fernandes, Camila Andrade Pereira, Rosana Perim Costa

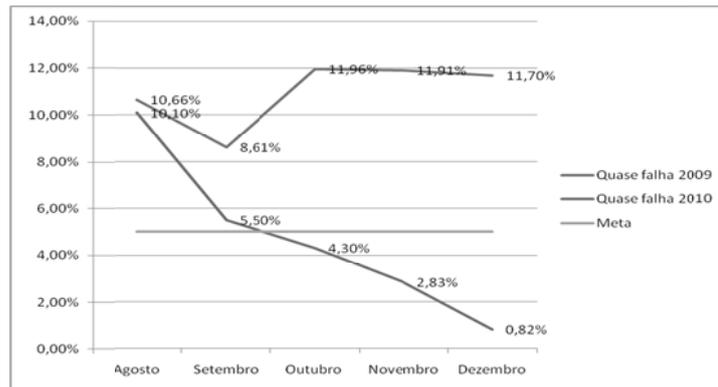
Palavras chave: quase-falhas, evento adverso, serviço de nutrição e dietética, dietas hospitalares

Identificação do Problema: envio de dietas por via oral erradas aos pacientes ou com itens alimentares incompatíveis com a prescrição dietética, comprometendo sua segurança e a confiabilidade do Setor. Principais motivos encontrados para as falhas: transcrição inadequada das anotações do Mapa dietoterápico da Nutricionista para o Mapa de Alimentação utilizado pela equipe de copa; confecção das etiquetas de refeição por colaborador não técnico; falta de atenção do copeiro ao montar a refeição/bandeja; serviço descentralizado, no qual as refeições são montadas nas copas de apoio; supervisão inadequada do processo.

Solução Implantada: informatização do mapa de alimentação da nutricionista e da equipe de copa; reciclagem de copeiros para montagem de dietas; etiqueta de refeição confeccionada pela nutricionista da unidade com padronização de escrita; modificação do sistema de distribuição de refeições para centralizado, no qual todas as refeições são montadas na área operacional e conferência de bandejas conforme amostra planejada estatisticamente - 500 refeições/mês (2% do total de 22.000 refeições/mês).

Resultados Obtidos:

Quase falha em dieta via oral – comparativo entre 2009 e 2010 e meta estipulada



Com todas as melhorias implantadas observa-se uma importante redução do número de dietas com erros. As quedas mais significativas ocorreram a partir de outubro, quando o sistema de distribuição de refeições mudou de descentralizado para centralizado, ou seja, as refeições passaram a ser montadas na área operacional do Setor de Gastronomia e distribuídas nas Unidades de Internação em carros térmicos. Comprovou-se que este sistema permite maior supervisão dos processos, por todos ocorrerem num único local. Além disso, demonstrou ser eficaz na prevenção de erros de dietas, oferecendo ao paciente um cuidado nutricional mais seguro.

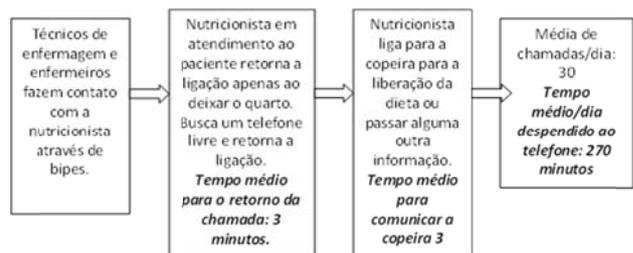
Qualidade e Segurança

RE_53_2011 - Qualidade e Segurança – Plataforma de mensagens informatizada: otimização do trabalho da nutricionista e segurança para o paciente

Maria Beatriz Ross Fernandes, Camila Andrade Pereira, Rosana Perim Costa, Rodrigo Vasconcelos Pereira

Palavras chave: Serviço de Nutrição e Dietética, dietas hospitalares, equipe multiprofissional

Identificação do Problema: Ineficácia na comunicação entre enfermagem e nutrição para liberação de dietas, informações sobre jejuns e outros dados de relevância clínica.



Solução Implantada: página disponível na Intranet. Há cerca de 4 computadores por Unidade de Internação. As caixas de texto apresentam uma série de opções de mensagens a serem enviadas.

Nutrição

Nome do Paciente: Andar: Solicitante: Ramal:

Mensagem: Quarto: Transferido: Para:

LIBERAR DIETA Escolha Quarto Seleccione local Seleccione Local

GERAL Diabético: sim não

OBS: Caracteres:

Resultados Obtidos



Avaliação de Tecnologia

RE_54_2011 - Informatização dos Mapas de Alimentação do Setor de Nutrição Clínica

Maria Beatriz Ross Fernandes, Camila Andrade Pereira, Rosana Perim Costa, Maurício Biazoto Rodrigues

Palavras chave: Nutricionista de Clínica, Mapa de Alimentação, Tecnologia da Informação, Serviço de Nutrição e Dietética.

Identificação do Problema: O Mapa de Alimentação é um instrumento de trabalho de grande importância na rotina da nutricionista de clínica durante suas visitas assistenciais aos pacientes internados. Ele auxilia no controle de informações de relevância clínica e sua cópia sucinta orienta o trabalho da copeira na montagem e distribuição das refeições. Em diversos hospitais é comum verificar o uso desses mapas manuscritos e à lápis, o que requer elevada demanda de tempo para atualização de informações, além do comprometimento da aparência, organização e legibilidade do documento. Acrescenta-se a isso o alto risco de envio equivocado de dieta e/ou itens alimentares não condizentes as preferências e aversões alimentares do paciente, influenciando negativamente a satisfação do mesmo com o serviço prestado.

Exemplo de um trecho do Mapa de Alimentação da Nutricionista

Letra/ID	Nome	Diag	AP	PIA/IMC	Exames	Prescrição da Dieta	Prescrição Dietética	Observações	1ª Ad	NA	Ret	Aval antrop
1108 C	XXXXXX XXXXX	DIAC (cc)	SAM UAS DM	PBS,4 A. 29,9 pt		115 DM UAS	G DM HS	1/maçã 1/pepino 1/maçã 1/abóbora 1/ogurço 1/mandioca 1/abóbora 1/leite	20/9	S	20/9	DR p. MC

Exemplo de um trecho do Mapa de Alimentação da Copeira

11°	NOME	DIETA	DESJ / LANCHE / CEIA	ALMOÇO / JANTAR
1108	XXXXXX XXXXX	Genal Diabetes hipertensão	1/leite	1/maçã 1/pepino 1/maçã 1/abóbora 1/ogurço 1/mandioca

Solução Implantada: O Setor de Tecnologia da Informação desenvolveu em parceria com o Setor de Nutrição um sistema de cadastro das informações de relevância nutricional, baseado no mapa manuscrito. A ferramenta foi desenvolvida entre abril e novembro de 2009.

Exemplo de um trecho do Mapa de Alimentação da Nutricionista:

Letra/ID	11°	Nome	Data Internação	Data Nascimento	Idade
1108	XXXXXX XXXXX	XXXXXX XXXXX	12/01/2011	05/06/1942	68

Diagnóstico	AP	PIA/IMC	Exames	Prescrição Dieta	Prescrição Dietética	Almoço/Jantar	Desj/Lanche/ Ceia	Avaliação Paciente
DIABETES	SAF EB,OD	Pico: 29,9 Abaixo: 23,3 IMC: 29,9 FE: 6,00 NPP: 6,00 Tempo:		SEM AVALIAÇÃO	GERAL HS / PREPARO PARA MIBI Custódio = Sim	com adoçante - QUENTE (AC: AF CONV - SEM ALFACE)	com adoçante - QUENTE (AC: D CONV)	1ª Anál 13/01/11 RA: 20/09/09 RA: 20/09/09 QA: 04 - Coughlin QA: 04

Exemplo de um trecho Mapa de Alimentação da Copeira:

1108.01	H:	Nome	Data Nascimento	Idade	Condição	Prescrição	Almoço/Jantar
	H:	XXXXXX XXXXX XXXXX	05/06/1942	68	DIABETES PAULISTANA	GERAL HS / PREPARO PARA MIBI Custódio = Sim	com adoçante - QUENTE (AC: AF CONV - SEM ALFACE)

Resultados Obtidos: O documento passou a ter melhor aparência, organização e legibilidade das informações relacionadas ao cuidado nutricional. Os dados dos pacientes, tais como antecedentes pessoais e preferências/aversões alimentares ficam salvos e são carregados em caso de reinternação. Desta forma, é possível realizar a adequação imediata da dieta, além da fidelização do cliente com o serviço. O mapa de alimentação da copeira é uma cópia resumida do da nutricionista e é gerado automaticamente após o registro das informações na base de dados. Esta tecnologia permitiu uma redução de 33% de erros relacionados à transcrição de informações do mapa da nutricionista para o mapa da copeira. Além disso, contribuiu com maior otimização do trabalho das nutricionistas.

Indicadores Assistenciais

RE_55_2011 - Gripe Influenza A H1N1 impactando as taxas de mortalidade materna na cidade de São Paulo em 2009.

José Luiz de Oliveira Santos, Celso de Moraes Terra, Julio Mayer de Castro Filho

Introdução: Apresentar o número de casos de morte materna indireta por Influenza A H1N1, no ciclo grávido puerperal, na vigência da pandemia da gripe suína que ocorreu em 2009.

Objetivo: Avaliar o impacto da gripe Influenza A H1N1 na taxa de Razão de Mortalidade Materna do Município de São Paulo em 2009.

Métodos: Através da coleta de dados nos trabalhos dos 25 Comitês Regionais, Comitê Central de Mortalidade Materna do Município de São Paulo e busca ativa pelo representante do programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana, em todas as 40 instituições de saúde integrantes do programa.

Resultados: Fazendo uma retrospectiva dos anos de 2006, 2007 e 2008, verificamos uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 52,9, 59,5 e 42,6/100.000 nascidos vivos, respectivamente, com média de 51,8/100.000 NV no triênio estudado. No estudo dos casos de morte materna, tendo como causa Influenza A H1N1 (CID-10 0.99.5/J09), consideramos casos confirmados com exame laboratorial e/ou quadro clínico típico da doença. Totalizaram 26 casos de óbito materno no município de São Paulo abrangendo hospitais públicos e privados, na vigência do ano de 2009.

Conclusão: A pandemia da gripe Influenza A H1N1 provocou um aumento na Razão de Mortalidade Materna da cidade de São Paulo, sendo responsável por um incremento de 12,6 pontos nas taxas do Município. A campanha de vacinação para a população em 2010, priorizando as gestantes, por serem um grupo de risco, a

intensa propaganda nos meios de comunicação, bem como as medidas adotadas pelo governo nas esferas federal, estadual e municipal com a conscientização da população, sobre os cuidados com sua higiene pessoal, contribuíram sobremaneira para a direção que apontam os dados preliminares de 2010:- A quase erradicação desta causa de morte relacionadas com as gestantes e puérperas da cidade de São Paulo.

Qualidade e Segurança

Re_57_2011 - Implantação da Checagem de Segurança nos Procedimentos Invasivos

Renata Lourenzen de Oliveira, Sandra Cristine da Silva, Marcela Reale Barboza Burgo Guerra

Palavras-chave: Metas Internacionais; Segurança do Paciente; Procedimentos Invasivos.

Identificação do Problema

Com o propósito de promover melhorias específicas na segurança do paciente a Joint Commission International determina que a Instituição acreditada faça uso de protocolos para atendimento da meta 4 "Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto". Desta forma, o hospital definiu a implantação de alguns processos, um deles é o "Time out". O "Time out" é uma pausa de verificação antes do início de um procedimento para verificar paciente certo, procedimento certo, local certo, posicionamento certo, equipamentos/materiais certos e disponíveis em sala. Desde 2008 a Instituição implantou o processo para as cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico, bem como iniciou o monitoramento por meio de indicador. Em 2010 foi identificada a necessidade de estender o "Time out" para os procedimentos invasivos realizados no Centro de Diagnósticos, como por exemplo, endoscopia, colonoscopia, mielograma, liquor, entre outros.

Solução Implantada

Realizada a revisão de formulário para inclusão do processo de time-out em procedimentos invasivos. Realização de campanha para conscientização das equipes assistenciais, instalado cartazes em todas as salas de procedimentos. Realizado treinamento do processo de Time-out para equipe de enfermagem que realizam em conjunto com o médico os procedimentos invasivos. Definido o procedimento para a segurança do paciente em procedimentos invasivos. Iniciado o monitoramento da realização do Time-out no Centro de Diagnósticos por meio de indicador.

Resultados Obtidos

Na análise do indicador "Taxa de realização de time out no Centro de Diagnósticos" observa-se que no início da implantação a taxa de realização do Time out estava em 73%, porém com a sustentação do processo por meio de campanhas e auditorias, as equipes passaram a melhorar a adesão e após 9 meses da implantação a taxa apresenta-se em torno de 92%. O objetivo é que 100% dos procedimentos invasivos iniciem com o processo "time out". Desta forma, ações pontuais serão realizadas para a melhoria do processo, como re-treinamento da equipe de enfermagem e conscientização da equipe médica.

Qualidade e Segurança

RE_58_2011 - Avaliação Sistematizada da Dor e Ações Educativas como um Instrumento para a Qualidade da Assistência Prestada ao Doente com Dor

Dayse Maioli Garcia, Sandra Cristine da Silva, Luciana Barros, Helen Petrolino, Daniela Fernandes de Oliveira

Palavras-chave: Dor; Monitoramento no Processo; Educação Continuada; Qualidade de Assistência à Saúde.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A avaliação sistematizada da dor e o registro dos dados são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize ajustes necessários ao tratamento. O monitoramento deste processo através de indicadores de qualidade permite analisar se o gerenciamento da dor está sendo realizado de acordo com a política da instituição. Ações educativas são necessárias visando o pensamento crítico e a aquisição de conhecimentos que propiciem aos enfermeiros assumirem um papel ativo no manejo da dor, com foco na valorização da avaliação e considerando as necessidades individuais do paciente.

SOLUÇÃO IMPLANTADA

Avaliar a evolução do indicador durante o ano de 2010 e como ações educativas direcionadas podem resultar em melhoria da qualidade. Auditado 1955 prontuários de pacientes internados há mais de 24 horas na instituição durante os meses de janeiro a dezembro de 2010. Prontuários selecionados por sorteio aleatório manual. Analisados os itens: escala de avaliação de dor adequada as necessidades do paciente; avaliação de dor realizada no mesmo momento que o controle dos sinais vitais; registro dos dados e reavaliação após tratamento da dor através de condutas farmacológicas ou não farmacológicas (protocolo estabelecido: 30 minutos após medicação parenteral e 60 minutos após medicação oral ou conduta não farmacológica). O critério de sucesso adotado foi de 90% de conformidade nos registros.

RESULTADOS OBTIDOS

A taxa de conformidade que se apresentava em 79% em janeiro/10 (índice crítico) evoluiu para 90% em dezembro/10. As principais não conformidades foram relacionadas à falta de reavaliação no prazo e ausência de registro dos dados. Fez-se necessário no mês de fevereiro/10 abertura e implantação de plano de ação corretiva como definido pelo setor de Qualidade Institucional, com melhora progressiva nos meses subsequentes (variações entre 84% até 92%).

Qualidade e Segurança

RE_59_2011 - Identificação do Paciente como Estratégia Prioritária na Garantia da Segurança do Paciente no Hospital Estadual Sumaré

Luciane Matos Torrano, Joyce De Paula Wilden Da Silva

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA: No Hospital Estadual Sumaré a preocupação com a Segurança do Paciente tornou-se mais discutida no final de 2007. O termo Segurança do Paciente aplica-se em iniciativas para evitar, prevenir e reduzir resultados adversos ocorridos a partir do cuidado à saúde (CASSIANE, 2005). De acordo com

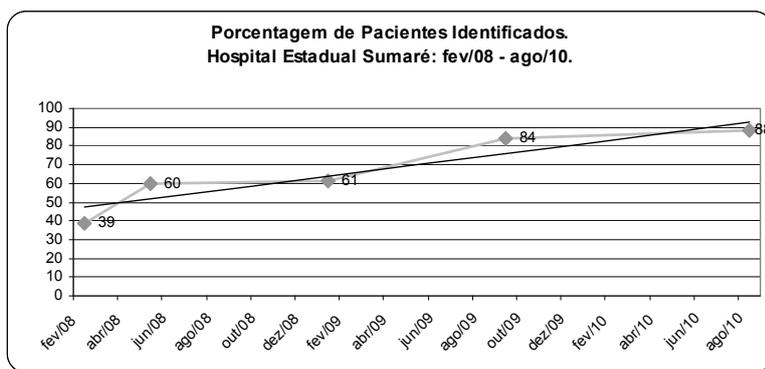
a OMS (2007), a identificação incorreta dos pacientes está determinada como causa fundamental de muitos erros (administração de medicamentos, transfusão sanguínea, intervenções cirúrgicas, entre outros). Adotamos então como estratégia prioritária para garantia da segurança do paciente – a identificação correta.

METODOLOGIA: Utilizamos auditoria ativa em todos os pacientes internados para verificar suas identificações (pulseiras). Formamos um grupo de 10 enfermeiros, data e horário marcado e cada enfermeiro foi auditar uma área específica sem aviso prévio. Os responsáveis pelas áreas foram informados no final da auditoria.

RESULTADOS OBTIDOS: Percebemos que apenas 39% dos pacientes internados em fevereiro/08 estavam identificados.

INTERVENÇÃO: Os dados foram apresentados em uma Oficina de Segurança do Paciente (fev/08) para a equipe multiprofissional (enfermagem, médicos, nutrição e recepção). Foi discutida a responsabilidade de quem identifica, a padronização da identificação, possíveis erros pela falta da identificação e estratégias de sensibilização dos colaboradores frente à problemática. Foram contemplados pacientes internados (pulseiras) e ambulatoriais (exames diagnósticos de imagem – etiqueta de identificação).

MONITORAMENTO: A auditoria foi adotada durante os anos para o acompanhamento dos resultados, frente às ações implantadas.



A última auditoria realizada em Agosto de 2010 nos mostrou que 88% dos pacientes estavam identificados. Na estratificação dos dados, observamos que as unidades pediátricas foram as que menos aderiram (31%). Nosso foco passa a ser essas unidades e o nosso desafio atual é que as identificações sejam checadas antes de todos os procedimentos dentro da instituição.

Referências

- CASSIANI, S.H.B. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev Brás. Enferm. v.58, n.1, p. 95-99, jan./fev., 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward programa 2006 – 2007. Disponível em : <<http://www.who.int/patientsafety>>.

Qualidade e Segurança

RE_60_2011 - Incentivo as Notificações de Tecnovigilância como Mecanismo de Segurança na Utilização de Materiais Médico Hospitalares no Hospital Estadual Sumaré

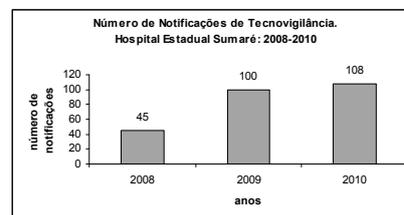
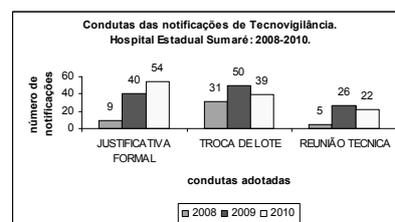
Luciane Matos Torrano, Joyce de Paula Wilden da Silva

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA: A Tecnovigilância tem como objetivo principal monitorar e, quando apropriado, verificar a segurança e o desempenho de produtos para saúde no período de pós-comercialização, com vistas a identificar eventos e desvios da qualidade que produzem ou potencialmente pode produzir resultados inesperados ou indesejáveis, que afetam a segurança do paciente. (ANVISA, 2010). O Hospital Estadual Sumaré em 2007 passou a ser um Hospital Colaborador da Rede Sentinela – ANVISA. A cultura de notificação de materiais médicos hospitalares não existia e passou a ser pauta nas discussões da instituição. Os colaboradores preferiam substituir o material com desvio de qualidade a notificá-lo. Considerando que o Hospital é público, com orçamento definido e com processo de compras por pregão, a vigilância pós-comercialização torna-se imprescindível.

SOLUÇÃO IMPLANTANDA: A divulgação da tecnovigilância gradualmente foi sendo difundida no hospital. A metodologia utilizada foi a de envolver o notificante e dar os retornos as suas notificações, além disso, os colaboradores desde sua Integração no hospital já começam a ser sensibilizados. Cada notificação é analisada e quando julgada procedente é investigada. Condutas tomadas: troca de lote, reunião com profissional técnico ou laudo de análise pelas empresas detentoras do registro.

RESULTADOS OBTIDOS: No primeiro ano de implantação da tecnovigilância (2008), foram feitas 45 notificações. As empresas em geral, mostravam-se resistentes as queixas ou consideravam insignificantes estatisticamente. Em 2009 esse número aumenta em 122%, foram 100 notificações e se manteve em 2010 (108 notificações). As notificações foram se qualificando ao longo dos anos. Em 2008 predominava a solicitação de troca de lote e 2010 os laudos de análise. Esses laudos têm demonstrado que os desvios de qualidade foram identificados corretamente e que exercem impacto diretamente na segurança do paciente.

MONITORAMENTO: A perspectiva para os próximos anos é que a tecnovigilância se consolide no cenário nacional de saúde como mecanismo de segurança institucional e assistencial. A RDC 67/2009 torna as empresas detentoras de registro parceiras nesse processo, já que as notificações passam a ser analisadas com a visão de gerenciamento de risco e não apenas como uma falha pontual no processo industrial. Para 2011, a tendência das notificações no Hospital Estadual Sumaré é aumentar, pois as reincidências da mesma queixa não eram contabilizadas.



Qualidade e Segurança

RE_61_2011- A Disseminação da Cultura de Segurança em um Hospital Público

Najara Maria Procópio Andrade, Adriana Pires dos Santos, Fabiana Siroma, Evelin Ramos Amaral, Aline Ferreira de Melo, Christiane Nicoletti, Renata Bossatto de Barros, Icaro Boszczowski

Palavras-chave: Disseminação, Qualidade, Segurança, Vigilância de Risco.

Introdução

A busca pela cultura da segurança do paciente tem se mostrado necessidade crescente em função das ampliações do espaço democrático e da cidadania, da competição, do mercado, das exigências das certificações externas e da reflexão ética de uma sociedade que incorpora novas tecnologias numa velocidade cada vez maior.

Objetivos

Descrever a implantação do programa de Vigilância de Risco do Hospital e a disseminação da cultura da segurança.

Métodos

O Serviço de Vigilância de Risco (SVR) do Hospital foi criado em 2008, com base no modelo estabelecido nas diretrizes e normas definidas pela portaria 2616 do Ministério da Saúde de 1998 que rege as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil. O SVR integra as frentes de farmacovigilância, hemovigilância, gerenciamento de resíduos, serviço de controle de infecção hospitalar, tecnovigilância e define as bases para notificação de evento adverso (EA). No processo de implantação do serviço ressaltamos: trabalho de definição de EA e quase eventos; mapeamento dos riscos de atividades assistenciais e processos utilizando ferramentas de análise de perigos e riscos (APR); definição de estratégias para estímulo à notificação; criação de um sistema de fácil acesso à notificação de EA e quase-eventos; utilização de ferramentas de qualidade para mapeamento de processos (Análise de Modo e Efeito de Falha de Serviço de Saúde) e estudo retrospectivo de eventos adversos graves (Análise de Causa Raiz – ACR) além da divulgação dos dados e indicadores (globais e por unidade) em relatórios, boletins, campanhas e eventos de gerenciamento de risco. Ainda, em 2010 foi criada a Gerência de Risco, que assumiu dentro do organograma institucional, caráter sistêmico e transversal.

Resultados

A disseminação da cultura de segurança na instituição se traduz pelo aumento contínuo das notificações ao longo dos anos (700 em 2008, 1225 em 2009 e 3546 em 2010). A partir deste aumento, foi possível a subcategorização dos principais eventos (erros de medicação, erros de identificação) e os relatórios antes semestrais passaram a ser trimestrais, utilizados como importantes ferramentas para gestão de riscos nas unidades assistenciais.

Conclusão

A segurança na assistência à saúde é elemento indissociável da qualidade. O modelo de “gestão de risco” a partir da experiência consolidada nas atividades de vigilância, prevenção e controle de infecção hospitalar tem se mostrado uma alternativa viável.

Indicadores Assistenciais

RE_64_2011 - Metodologia para avaliação da evolução terapêutica no Centro de Reabilitação para pessoas com deficiência física da AACD.

Ana Paula Orsoni, Zenite Militão Pereira, Vanessa Martins Teixeira, Marcelo Furia Cesar, Juliana Borges da Silva, Léa Regina Rizo, Lina Silva Borges Santos, Marcelo de Jesus Justino Ares

Um dos grandes desafios para definir a evolução terapêutica de um paciente em um centro de reabilitação física é a determinação de métodos adequados de coleta de dados. O Centro de Reabilitação da AACD possui certificação da qualidade ISO 9001 desde 1999 e avaliar a evolução do paciente de forma objetiva sempre foi um desafio. Dessa forma os setores envolvidos na reabilitação do paciente criaram um formulário padrão que pudesse direcioná-los nessa avaliação. Nesse formulário os terapeutas deveriam assinalar se o paciente evoluiu, evoluiu parcialmente ou não evoluiu, conforme os objetivos propostos no período previsto. Caso a resposta fosse não evoluiu, os motivos deveriam ser pontuados, de acordo com 14 categorias: 1. Área motora muito comprometida; 2. Comprometimento da compreensão/ da execução; 3. Comprometimento sensorial associado; 4. Intercorrências clínico-cirúrgicas; 5. Presença de deformidades; 6. Faltas, licenças e dispensas do paciente; 7. Faltas e dispensas do terapeuta; 8. Falta de colaboração do paciente; 9. Falta de colaboração/ adesão da família; 10. Dificuldades emocionais do paciente/ da família; 11. Objetivos amplos a serem atingidos no período previsto; 12. Não aquisição/ adequação dos equipamentos e adaptações; 13. Falta de controle motor/ força muscular; 14. Outros. Esse formulário padrão foi utilizado até o ano de 2007. No entanto, cada setor possui objetivos específicos para trabalhar os diversos aspectos que interferem na evolução do paciente. Citando um exemplo, podemos afirmar que os objetivos trabalhados pela fisioterapia eram bem diferentes dos objetivos trabalhados pela psicologia e, portanto, os critérios a serem avaliados tanto de evolução quanto da não evolução, deveriam ser específicos para cada área.

A partir de 2008 o setor da qualidade, juntamente com a área técnica de reabilitação, iniciou um trabalho de orientação e capacitação dos profissionais para que desenvolvessem critérios específicos para essa evolução. Porém alguns setores ainda não conseguiam definir objetivamente o índice de melhora de seus pacientes. No início de 2010, a partir de uma discussão em reunião de análise crítica pela direção do Centro de Reabilitação, foi proposto que cada setor terapêutico estudasse e desenvolvesse métodos específicos de coleta de dados de evolução do paciente, de acordo com as características dos objetivos a serem trabalhados. Durante o 1º semestre de 2010 os setores trabalharam no desenvolvimento dos métodos de avaliação específicos, de acordo com os objetivos propostos.

Como resultado desse trabalho, observamos uma grande evolução dos setores no estabelecimento de métodos de avaliação dos pacientes, uma riqueza de trabalho, oferecendo aos profissionais uma visão completa e integrada da evolução do paciente, sob o ponto de vista de todos os aspectos que interferem em sua evolução clínica. Esses novos métodos de avaliação da evolução do paciente facilitaram, entre outros benefícios adquiridos, a tomada de decisões da equipe de reabilitação quanto ao trabalho terapêutico ofertado ao paciente.

Até 2009 o centro de reabilitação apresentava apenas 40% dos setores com métodos específicos de avaliação da evolução terapêutica do paciente. No 2º semestre de 2010, 100% dos setores de reabilitação apresentavam métodos de avaliação da evolução terapêutica, um resultado que evidencia a grande evolução e maturidade dos profissionais em busca da melhoria contínua da qualidade, para oferecer aos pacientes atendidos um serviço de excelência.

Qualidade e Segurança

RE_71_2011 - Vacinação Contra H1N1 no Hospital – Uma Estratégia Bem-Sucedida

Najara Maria Procópio Andrade, Evelin Ramos Amaral, Adriana Pires dos Santos, Aline Ferreira de Melo, Fabiana Siroma, Juliana Wang Lin, Denilson de Oliveira dos Reis

Palavras-chave: Imunização, Profissional de Saúde, Influenza A H1N1.**Introdução**

A Influenza A H1N1 representou um grande desafio no ano de 2009 para todas as instituições do Brasil e do mundo, sobretudo pelo desconhecimento do curso da pandemia e evolução da doença e ainda pela inexistência de uma vacina eficaz até então. Em 2010 a vacina foi disponibilizada e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil estabeleceu estratégias para garantir a imunização das populações de maior risco para aquisição e desenvolvimento de complicações pela doença, incluindo os profissionais de saúde. Na nossa instituição várias estratégias foram desenvolvidas para atingir uma meta de 80% de cobertura vacinal entre os colaboradores.

Objetivos

Descrever as estratégias desenvolvidas em um hospital público para garantir a cobertura vacinal de seus colaboradores.

Materiais e Métodos

Este estudo foi realizado em um hospital secundário, público, estadual, de 220 leitos e 1300 colaboradores, gerenciado por uma Organização Social de Saúde. A partir da divulgação da campanha do Ministério da Saúde, foi elaborado um plano institucional para vacinação dos colaboradores, com o envolvimento da alta direção, gestores e equipe multidisciplinar, com divulgação da importância da vacinação para sua própria segurança. A campanha de vacinação aconteceu no posto fixo do dia 09 de março a 21 de maio de 2010. Nos primeiros dez dias aconteceu em horário estendido das 07 às 22h, e nos demais dias no horário comercial. Nos finais de semana profissionais de enfermagem percorriam os setores para vacinar plantonistas.

Resultados

Após a campanha, a análise revelou que 95,14% dos funcionários foram imunizados. Destes, 76% foram vacinados na instituição e 19,1% declararam ter sido vacinados em outro serviço. Entre aqueles com carteira assinada 88% vacinaram-se no hospital. Entre os profissionais médicos, 93% foram imunizados. A taxa de reações adversas à vacina foi de 1,98%.

Conclusão

Os resultados revelaram um índice de adesão à vacinação muito acima da literatura internacional que era de 22%. O sucesso da campanha pode ser associado, além do pânico decorrente da evolução da pandemia, à divulgação da importância da imunização para segurança do colaborador, envolvimento de todas as categorias profissionais no processo incluindo gestores, facilitação do acesso à vacina por extensão do horário e prazo para imunização, conforme foi posteriormente descrito no Guideline do CDC (Center for Disease Control e Prevention) de agosto de 2010.

Qualidade e Segurança

RE_72_2011 - Reconciliação Medicamentosa em Pacientes Cirúrgicos

Warner Jose de Souza Cabral, Marcia Maiumi Fukujima, Fernanda Maciel Paschoin, Paolo Beneduce Padron, Vanessa Ceravolo Gurgel Silva, Tatiane Escane

Reconciliação medicamentosa é o acompanhamento farmacológico do paciente desde o momento de sua internação até a alta hospitalar, de maneira pró-ativa.

Problema: cancelamento de cirurgia eletiva por descontinuidade de tratamento. Local: hospital público geral de 266 leitos, sendo 82 leitos cirúrgicos e 18 de terapia intensiva de adulto.

Método: desenvolvido protocolo de reconciliação medicamentosa com objetivo de evitar cancelamentos cirúrgicos por falta de condições clínicas. Durante o primeiro semestre de 2010 foi planejado o projeto de reconciliação medicamentosa, que teve início de implantação em julho de 2010. A população alvo da primeira fase de implantação é de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos portadores de diabetes, hipertensão arterial e/ou crise convulsiva. Estes casos são identificados pela equipe médica e de enfermagem durante anamnese e notificados à farmácia. O paciente incluído no protocolo de reconciliação medicamentosa é avaliado pelo farmacêutico que segue toda a linha de cuidado.

Resultado. O perfil de comorbidades dos pacientes internados para cirurgia eletiva foi: 2,2% hipertensos, 1,6% diabéticos e 0,2% pacientes com crises convulsivas.

Antes do protocolo de reconciliação medicamentosa 14% dos pacientes internados por mês era avaliada pelo farmacêutico, destes 36,8% acompanhados pela farmácia durante a internação. Após a implantação do protocolo 55% dos pacientes internados por mês tem sido avaliados pelo farmacêutico e destes 24,5% acompanhados durante a internação.

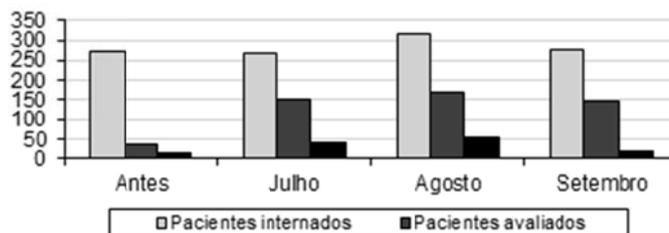


Gráfico 1 – Reconciliação medicamentosa

Os principais motivos da ausência de determinadas drogas na prescrição de internação foram:

MOTIVOS DA FALTA DA DROGA NA PRESCRIÇÃO MÉDICA	Jul	Ago	Set	Total
Medicamento não foi prescrito por opção de outra terapia	4	12	3	19
Paciente não necessitou do tratamento durante internação	3	4	0	7
Paciente não informou ao médico no momento da internação	3	9	2	14

Houve redução de 0,6 ponto percentual na taxa de cancelamento de cirurgias por motivo paciente (falta de condição clínica é o principal fator).

Reconciliação medicamentosa	antes (%)	depois (%)
Cirurgias canceladas	16,4	15,9
Motivo Paciente	7,2	6,6
Motivo extra paciente	9,2	9,0

Conclusão: o trabalho pró-ativo da reconciliação medicamentosa garante a continuidade do cuidado e tem impacto na redução de cancelamento de cirurgia.

Avaliação De Tecnologia

RE_74_2011 - Uso da ferramenta eletrônica na comunicação multidisciplinar: A experiência de implantação simultânea (big-bang) do prontuário eletrônico, prescrição eletrônica e checagem eletrônica da prescrição num hospital filantrópico de São Paulo.

Enéas José de Mattos Faleiros, Klaiton Luís Ferretti Simão, Antonio Pires Barbosa, Luiz Eduardo Loureiro Bettarello

Introdução: A implantação de prontuário e prescrição eletrônica pode ser feita de diversas formas. Habitualmente roll-out e implantações modulares são usadas em ambientes hospitalares. Estas estratégias conseguem, num certo período de tempo, certo nível de uso do sistema por parte da equipe multidisciplinar. Entretanto, estes métodos estão associados a existência de múltiplos cenários dentro do hospital, fragmentação da comunicação em diversas mídias e fluxos diferentes de cuidado entre os diversos cenários coexistentes. Outros problemas relevantes são a baixa aderência dos médicos ao uso da ferramenta, contornado por vezes usando-se transcritores (com sérios riscos associados ao processo); e prazos e custos elevados de implantação. Este caso relata a implantação em "Big-Bang" ocorrida há dois anos no hospital e seus efeitos nos problemas descritos acima. O hospital, acreditado pela JCI desde 2004, contava com 201 leitos e realizava cerca de 950 cirurgias/mês na época da implantação.

Métodos: A seleção da ferramenta durou cerca de um ano. Um comitê de seleção formado pela alta direção, gerentes de TI e enfermagem, lideranças médicas e um consultor médico especializado em TI pontuaram, frente a uma planilha de requisitos, diversos sistemas do mercado, após visitas a hospitais. A implantação, que incluiu também todo o back-office e integração com terceiros, como laboratório de análises clínicas, foi realizada em sete meses, seguidos por 5 meses de operação assistida pelo fornecedor. Nos últimos dois meses antes da virada, toda a equipe multiprofissional foi capacitada por seus pares e TI. Os médicos mais atuantes na instituição (cerca de 400 profissionais de 1400 credenciados, percentil 90 do movimento) receberam 8 horas de treinamento usando o sistema, no mês antecedente à virada. Na data estipulada, todo o hospital passou a usar o sistema em toda a assistência. A descrição cirurgia permaneceu manuscrita.

Resultados: A meta de 100% de uso do sistema por médicos e equipe multidisciplinar foi atingida no primeiro dia de implantação, sem uso de transcritores. Também no primeiro dia, todo o ciclo e a comunicação assistencial (registro em prontuário, prescrição, dispensação, checagem etc) estava contemplado no sistema, em todo o hospital. A implantação ocorreu no prazo estipulado, 7 meses, e a operação assistida durou dois meses a mais que o previsto (cinco meses X três). Os sistemas básicos de suporte a decisão clínica (interação entre drogas, alergias e controle glicêmico de pacientes críticos) entraram em operação no primeiro mês. A impressão em papel, realizada apenas para fins legais de arquivamento, teve aumento de 80% no número de cópias.

Conclusão: A implantação em big-bang foi um dos pontos fundamentais nos resultados obtidos frente à aderência ao sistema, principalmente junto ao corpo clínico. A presença da informação em um único meio, eletrônico, desde o primeiro dia e em todo o hospital, eliminou a existência de problemas ligados a fragmentação da informação, observada em outras metodologias de implantação. Também foi obtida a uniformidade dos cuidados nos diversos setores, pois todos compartilhavam do mesmo paradigma de comunicação multidisciplinar e fluxo assistencial, disponível exclusivamente via sistema. A estratégia da virada também foi fundamental na manutenção dos prazos e custos. Os custos associados ao aumento da impressão serão compensados com a emissão de certificados digitais para toda equipe, reduzindo a impressão aos números prévios à implantação do sistema.

Indicadores Assistenciais

RE_74_2011 - Implantação do Protocolo de Prevenção e Manejo de Quedas de Pacientes: Um Relato De Experiência

Fabiano de Faveri

No mundo todo, a manutenção da segurança do paciente durante o processo assistencial é uma das responsabilidades atribuídas à equipe multidisciplinar, que deve fazer uso de todos os recursos disponíveis na instituição hospitalar para poder efetivá-la. Com base nesta afirmativa, uma das muitas intervenções que objetivam a minimização de riscos e aumentar a segurança do paciente refere-se à prevenção de quedas de pacientes no ambiente hospitalar, visto que a ocorrência destas pode provocar sérios danos aos pacientes, desqualificação do cuidado e maiores custos pelas instituições. O objetivo deste relato de experiência é descrever o processo e resultados obtidos da implantação do protocolo de prevenção e manejo de quedas de pacientes.

O início do trabalho deu-se em 2008 com a implantação do protocolo de prevenção e manejo de quedas de pacientes, onde através deste, deixava-se claro os fatores de riscos que deveriam ser avaliados para se evitar a queda, medidas preventivas como uso de grades no leito e presença do acompanhante, bem como as intervenções a serem realizadas caso de queda do paciente dentro do ambiente hospitalar. Durante este mesmo ano foram realizados treinamentos das equipes de enfermagem e implantação da etiqueta adesiva, de cor laranja que alertava o risco de queda, para ser colocada nos prontuários dos pacientes vulneráveis, facilitando a identificação deste tipo de paciente pelos profissionais da assistência e também da notificação da ocorrência de queda, sendo que no final deste primeiro ano foram constatadas 17 ocorrências de quedas na instituição, podendo ter havido subnotificações.

No ano de 2009, realizou-se a manutenção das medidas implantadas, onde foram notificados 31 episódios de queda, sendo que somente 01 destes casos as medidas preventivas não haviam sido implantadas, deixando claro assim, a grande adesão da equipe de enfermagem em relação à avaliação de riscos destes pacientes e aplicação do protocolo, todavia todas as demais quedas ocorridas evidenciavam-se a não adesão dos familiares e pacientes às orientações fornecidas pela equipe de enfermagem.

Assim, no ano de 2010, foi revisado o protocolo de prevenção e manejo de quedas, também foi realizada nova capacitação, utilizando um vídeo editado pelos próprios profissionais, abrangendo toda a equipe multidisciplinar, além da implantação de um folder explicativo sobre os cuidados para evitar a queda dentro do ambiente hospitalar e no domicílio. Após a realização da orientação a equipe solicitava a assinatura do paciente ou familiar, num formulário que ficava anexado no prontuário do paciente,

onde os mesmos se comprometiam em seguir as orientações da equipe multidisciplinar. Com estas medidas, no ano de 2010 a instituição constatou a ocorrência de 16 episódios de quedas.

Em virtude dos resultados alcançados pode-se afirmar que a correta identificação dos riscos, padronização de condutas, capacitação da equipe multidisciplinar e a inserção do paciente e familiar no cuidado, podem ser estratégias de baixo custo, mas de grande impacto na prevenção da ocorrência de quedas em pacientes internados.

Qualidade e Segurança

RE_75_2011 - Uso Seguro de Medicamentos com Aparências e Sons Semelhantes

Debora Cecilia Mantovani Faustino de Carvalho, Eliana Marques Reis Lisboa, Fabiana Fragoso, Nathalia Pires Barbosa, Daniela Barros, Mariella Ragazzo Araujo, Viviane Fowler

Palavras-chave: Segurança, identificação e armazenamento de medicamentos.

Identificação do Problema

Muitos dos medicamentos disponíveis no mercado possuem apresentações e nomes semelhantes, ou nomenclaturas com sons parecidos, esta situação tem alto potencial para originar falhas no processo de utilização de medicamentos e danos a população. Motivados pelo marketing comercial medicamentos com mesmos princípios ativos de marcas distintas são encontrados com embalagens, formato, cor, tamanho, e nomes parecidos. A regulamentação sanitária e a Indústria Farmacêutica precisam implementar ações mais efetivas para inibir tal situação, por meio de rigorosas regras para a identificação dos medicamentos com o objetivo de aumentar a segurança na sua utilização pela população.

Solução Implantada

Para minimizar e inibir possíveis eventos adversos que poderão ser ocasionados por falha no processo da utilização de medicamentos a Farmácia do Hospital desenvolveu um projeto envolvendo a identificação e armazenamento dos medicamentos com aparências e sons semelhantes. A lista de medicamentos com aparências e sons semelhantes do Hospital foi construída com base na relação de medicamentos sugeridos pelo Instituto for Safe Medication Practices (ISMP) e Joint Commission International, Quality Review nº82 (USP) e nos medicamentos mais utilizados na experiência prática dos profissionais das Farmácias do Hospital.

Foram definidas duas ações:

- O nome destes medicamentos foi diferenciado em seus caracteres no cadastro do sistema de informação. Esta alteração consiste no processo chamado "tall man lettering", que é a utilização de letras maiúsculas para as partes diferentes destes medicamentos a fim de concentrar a atenção sobre esta parte (por exemplo: DOBUTAmína, DOPAmína), o objetivo é enfatizar a parte da palavra diferente entre os medicamentos com sons parecidos.

- Na identificação e no armazenamento foram utilizadas ferramentas visuais. A localização dos medicamentos foi alterada em seu local de armazenamento, criou-se uma distância na posição de armazenamento entre estes medicamentos com características semelhantes, com a retirada do medicamento da sua posição por ordem alfabética, e a inserção nesta posição de origem da informação de sua nova localização, ou seja, na posição que estes medicamentos deveriam estar pela lógica da ordem alfabética, há a seguinte orientação: "Medicamento com Nome ou Aparência Semelhante XXX. Nova localização XXXX". E para contemplar este projeto foi realizada a identificação dos armários com cores diferenciadas para armazenamento das soluções, para as soluções fisiológicas – cor amarela e para as glicosadas – cor azul, para chamar atenção para o correto armazenamento e dispensação das soluções.

Resultados Obtidos

Após dois (02) meses da implantação não obtivemos nenhuma ocorrência com medicamentos com aparências e sons semelhantes listados no projeto do Hospital, houve uma (01) notificação de ocorrência na troca do medicamento Renitec pelo Retemic, este último se trata de um medicamento que não é padronizado no Hospital, que não consta na lista dos medicamentos que estão sendo monitorados neste projeto. Após esta ocorrência foi constatada a necessidade de abranger este projeto para as outras fases da cadeia de utilização de medicamentos, incluindo os medicamentos não padronizados, com o objetivo de aumentar ainda mais a segurança da cadeia.

Indicadores Assistenciais

RE_77_2011 - Indicadores de Qualidade Assistencial (IQA) em Cirurgia de Revascularização miocárdica (CRM)

Alexandre Gonçalves de Sousa, Raquel Ferrari Plotto, Flavia Cortez Colosimo, Gilmará Silveira da Silva

Introdução: A cirurgia cardíaca é o procedimento complexo mais comum realizado na atualidade. Diretrizes nacionais e internacionais já definiram o padrão de atendimento. A única forma de melhorar o desempenho é conhecer o resultado com base em IQA reconhecidamente aceitos. Neste estudo avaliamos os IQA de pacientes submetidos à CRM e comparamos com indicadores internacionais.

Material e métodos: Foi organizado um banco de dados em formato de estudo transversal com coleta de dados prospectiva de pacientes submetidos à CRM com acompanhamento dos eventos até um ano após o procedimento.

Resultados: 3010 submetidos a CRM isolada ou associada a outros procedimentos foram incluídos durante o período de 08/07/09 até 26/07/2010, correspondendo a 69,6% das cirurgias de CRM realizadas no hospital neste período.

Indicador de Qualidade	%	N	Literatura
Uso de antibiótico profilático até uma hora do início da cirurgia (duas se vancomicina)	36,0%	1085	100%
Betabloqueador nas 24 horas antes da cirurgia	60,2%	1712	60,0%
Uso da artéria torácica interna	87,6%	2637	87,0%
Suspensão do antibiótico em até 48 horas*	93,5%	2791	80,0%
Evolução com ventilação mecânica por mais de 48 horas†	3,1%	93	7,6%
Evolução com Insuficiência Renal Aguda†	4,4%	132	2,9%
Evolução com mediastinite†	2,1%	64	1,1%
Evolução com Reoperação (qualquer motivo)†	2,2%	66	3,1%
Evolução com Acidente Vascular Cerebral†	1,9%	58	1,2%

Estatinas na alta hospitalar‡	92,8%	2636	98,0%
Betabloqueador na alta hospitalar‡	66,6%	1892	97,0%
AAS na alta hospitalar‡	94,1%	2675	95,5%
Medicação de alta perfeita (uso de betabloqueador, AAS e estatina na prescrição da alta)‡	60,3%	1714	-
Evolução sem complicações maiores (quaisquer das cinco evoluções descritas acima)	90,0%	2708	-
*Exclusão de pacientes com óbito no intraoperatório ou < 48 horas; † exclusão de pacientes com óbito no intraoperatório; ‡Exclusão de pacientes com óbitos ou sem alta após 30 dias			

Conclusões: A seleção de IQA que represente a real qualidade para o paciente é fundamental (no caso a relação do IQA com morbi-mortalidade). A comparação dos resultados com um benchmark pode nos mostrar onde as ações são necessárias antes de iniciarmos um projeto de melhoria de qualidade (projeto em andamento na instituição).

Qualidade e Segurança

RE_78_2011 - Proyecto Científico Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC) – España

José Antonio Souto Ibáñez

Identificación del problema: La creación y desarrollo del Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), en Córdoba(Andalucía – España), iniciada en el año 2007, necesitaba de la existencia de un Proyecto Científico sobre el cual estructurar y basar su funcionamiento y la integración de Grupos de Investigación.

Solución implantada: Elaborar e implantar un Proyecto Científico que sirviera como orientación y definición de las Áreas Científicas y Líneas de investigación del IMIBIC.

El Proyecto Científico se elaboró en su primera versión en el año 2008, y supuso la base científica sobre el que las entidades promotoras del IMIBIC, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y Universidad de Córdoba, decidieron su creación.

El citado Proyecto, como consecuencia de un modelo de análisis y mejora continua ha tenido dos actualizaciones, una en el año 2009 y otra en 2009, formando en la actualidad los tres documentos, de una manera integral, el Proyecto Científico actual del IMIBIC.

La elaboración y seguimiento, así como valoración y cambios introducidos han estado coordinados por una Comisión creada en el año 2007, y que ha contado y cuenta con la participación de los investigadores y profesionales incorporados al IMIBIC.

El primer proyecto analizó y valoró el marco geográfico, el de investigación en salud de los profesionales de las entidades promotoras del IMIBIC, y el de las necesidades de salud de la provincia de Córdoba.

La posterior incorporación de los Grupos Investigación, tras una convocatoria pública, produjo la primera actualización del Proyecto Científico, y buscaba la adaptación práctica de sus líneas estratégicas de investigación a la realidad de los grupos incorporados y su trayectoria científica, y ya durante el año 2010 se produce la tercera modificación, al considerarse que debía existir una visión más clara de la interrelación entre las Áreas Científicas del IMIBIC y su orientación a resolver problemas de salud.

Resultados obtenidos: Un Proyecto Científico que permite visualizar e integrar la visión científica del IMIBIC, con sus potencialidades, y los problemas de salud de la sociedad a los que se trata de buscar respuestas mediante la actividad de investigación en el IMIBIC.

Metodología: Comisión Permanente de elaboración y redacción del Proyecto Científico, participación de los investigadores potenciales y finalmente seleccionados, y profesionales expertos en planificación y diseño de proyectos científicos.

Acreditação

RE_79_2011 - 12 de Años de Planes de Calidad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (España)

José Antonio Souto Ibáñez

Identificación del problema: La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía consideró en el año 1999 que los problemas que comenzaban a presentarse en la organización y desarrollo de los servicios sanitarios, comenzaron a ofrecerse bajo su responsabilidad en el año 1986, fruto de su propio crecimiento y de los cambios en la sociedad y de los nuevos paradigmas de organización y gestión, necesitaban ser afrontados con una nueva visión estratégica en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Solución implantada: Elaborar e implantar un modelo estratégico que entendía la Calidad como un motor de transformación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, orientado fundamentalmente al ciudadano.

Como consecuencia en el año 2000 se pone en marcha el I Plan de Calidad (200-2004), en el año 2005 el II Plan de Calidad (2005-2009), y en el año 2010 el III Plan de Calidad, (2010-2014).

El I Plan de Calidad establecía una estrategia de largo recorrido, y hacía una apuesta clara por la calidad en la atención sanitaria, entendida como un concepto integral donde la satisfacción de los ciudadanos es el elemento irrenunciable que define el enfoque de calidad que se persigue, y donde la Continuidad Asistencial pasaba a ser el criterio clave y determinante que inspira a la organización.

El II Plan de Calidad profundizaba en los desarrollos estratégicos, consolidación de innovaciones, y fomento de la incorporación de nuevas iniciativas a través de un modelo de trabajo cooperativo, tratando de lograr la excelencia en el Sistema.

El III Plan de Calidad, después de los diez años anteriores, aborda tres escenarios, la CIUDADANÍA, los PROFESIONALES, y el ESPACIO COMPARTIDO, lugar, este último, de encuentro y cooperación entre pacientes y profesionales sanitarios, basado en la relación de una persona con un problema de salud y el equipo de profesionales sanitarios.

Resultados obtenidos: Mejora del nivel de satisfacción de los ciudadanos, la gestión clínica como modelo de organización, incorporación de la gestión por procesos, la gestión por competencias.

Metodología: Grupos de trabajo amplios en la elaboración de cada Plan de Calidad, evaluación de los planes, y retroalimentación de los mismos.

Qualidade e Segurança

RE_80_2011 - Grupo de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória: Um Relato de Experiência

Letícia Toss, Maria Angélica Pires Ferreira, Eliandra da Silveira de Lima, Jesiel Ballerini

Palavras-chave: educação em saúde; broncodilatadores; inaladores dosimetrados; administração por inalação.

Identificação do problema: Estudo de utilização desenvolvido em um hospital universitário durante os meses de abril a dezembro de 2008 demonstrou que de um total de 76 pacientes entrevistados com prescrição de medicamento broncodilatador (aerossol dosimetrado e/ou inalador de pó seco), somente 23,7% haviam recebido orientação na internação hospitalar quanto à técnica inalatória correta. Identificou-se que tal situação acarretava no mau uso dos dispositivos inalatórios dosimetrados. Solução implantada: Com o objetivo de promover a melhora na terapia farmacológica inalatória nos pacientes internados, auxiliando-os a adquirir uma técnica inalatória correta para o controle adequado de sintomas e prevenção de crises, foi criado um Grupo de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória (GOTTI). Metodologia: O GOTTI presta uma abordagem multidisciplinar e constitui-se de profissionais e acadêmicos de medicina, enfermagem e farmácia. A identificação dos pacientes em uso de medicamentos inalatórios se dá através de relatórios de prescrição informatizada e participação nos rounds da equipe de medicina interna. Também são atendidos pedidos de consultoria feitos por outras equipes assistenciais. Os pacientes são visitados no próprio leito por membros do Grupo previamente treinados para a orientação de técnica inalatória. É avaliada a técnica empregada e são feitas as correções necessárias. A ficha de avaliação contempla 7 passos na execução da técnica para aerossol dosimetrado: retirar a tampa e acoplar espaçador/aerocâmara, agitar, expirar lentamente, disparar um jato de cada vez, inspirar lenta e profundamente, prender a respiração por 10 segundos e enxaguar a boca ao final da aplicação. Na técnica para cápsula inalatória, são 6 passos a serem seguidos: colocar a cápsula no inalador, perfurar a cápsula, expirar, inspirar rápida e profundamente, verificar se há resíduos na cápsula e enxaguar a boca ao final da aplicação. Ainda recomenda-se o uso de espaçadores ou aerocâmaras industriais, de acordo com a necessidade individual de cada paciente. Também é fornecido material informativo que ilustra o passo a passo da técnica inalatória e que contém instruções de como fabricar uma aerocâmara caseira utilizando uma garrafa PET. Em caso de dúvida quanto à adequação da prescrição ao quadro clínico do paciente, o caso é discutido no Grupo e com a equipe em questão. Resultados obtidos: Durante o mês de dezembro de 2010, 52 pacientes de diferentes unidades de internação clínica receberam prescrição de medicamento em aerossol dosimetrado e/ou inalador de pó seco. Desses, 24 foram visitados, avaliados e orientados por algum membro do Grupo, representando 46% dos pacientes em uso de medicamento inalatório no mês. As principais falhas identificadas na execução da técnica para aerossol dosimetrado foram: o paciente não executa a expiração prévia e não realiza higiene oral ao término aplicação. Na execução da técnica para cápsula inalatória, as principais falhas foram igualmente a não expiração prévia e a não higiene oral, além da não verificação da existência de resíduos na cápsula após a inalação. Foi recomendada a administração supervisionada pela equipe de enfermagem a todos os pacientes. A adoção de aerocâmara industrial foi indicada em 5 casos. Todos os pacientes receberam material informativo ilustrado sobre a técnica inalatória. Conclusão: A estratégia adotada pelo Grupo de Orientação e Treinamento em Técnica Inalatória tem foco na qualificação da assistência e na educação em saúde, e tem-se mostrado de baixo custo e com possibilidade de melhores resultados em longo prazo.

Qualidade e Segurança

RE_82_2011 - Análise crítica dos eventos sentinela do Laboratório de Análises Clínicas de um Hospital Universitário: um relato de experiência pelo Serviço da Qualidade

Mirana Volpi Goudinho, Aline Togni Braga, Ellen da Silva Meireles, Elaine Cristina Faria

Palavras chave: Eventos Sentinela, laboratório, qualidade, análise crítica.

O laboratório de análises clínicas (LAC) participa do PALC – Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos desde 2007. Realiza em média 80.000 exames/mês, atuando como Retaguarda para a rede básica do município e Contingência de laboratórios privados. O Serviço da Qualidade atua fortemente e vem ganhando destaque desde a sua implantação no ano de 2006. Atualmente, participa efetivamente na análise crítica de todos os eventos sentinela ocorridos na instituição, inclusive os que tiveram origem no LAC. Ao longo de dois anos de análise foi possível evidenciar resultados muito satisfatórios a partir dos planos de ação propostos. Para tanto, foram analisados, em parceria entre o Serviço da Qualidade e LAC, todos os eventos que ocorreram durante esse período e estes foram reunidos em dois grupos principais com base nos eventos de maior incidência (Falhas no resultado de exames/retificação de laudos e identificação incorreta de amostras), que seriam: Erros latentes e erros cognitivos. O primeiro refere-se aos erros decorrentes de falha ou defeito no projeto, organização, treinamento ou manutenção que podem potencialmente levar o operador ao erro e cujos efeitos tipicamente permanecem adormecidos ao longo do tempo, podemos citar a máscara de exames inadequada. Já os erros cognitivos são ocasionados por escolha incorreta, decorrente de conhecimento insuficiente, de má interpretação de uma informação disponível ou aplicação da regra cognitiva errada, como por exemplo, a troca de identificação de amostras. No início o tratamento era pontual, então percebeu-se a necessidade do tratamento sistêmico e introdução de barreiras de segurança. Diante desses dados, foi realizado plano de ação contemplando 03 ações principais, com impacto significativo na redução de novos erros, que seriam: 1- Revisão da máscara do hemograma com inserção de bloqueio, com colaboração do serviço de informática, pois anteriormente, a máscara de digitação do laudo do hemograma continha em sua disposição um excesso de informações numéricas, o que dificultava a visualização durante a revisão do laudo; ao se digitar uma quantidade de células superior a 100, não existia nenhum alarme ou bloqueio a esta etapa da digitação. 2- Referente ao resultado da bilirrubina, em que foi instalada uma atualização do filtro do PSM (Process Systems Manager), através de ajustes nas regras (filtros) para o teste - bilirrubina direta, liberados como negativos, porém com análise sistêmica para menu de exames dos equipamentos. 3- Revisado o processo de coleta e armazenamento de urina de 24 horas, o procedimento foi descrito em um Procedimento Operacional Padronizado (POP) após interação entre todos os Serviços envolvidos e disponibilizado no Sistema de Gestão da Qualidade da Instituição (Cadeia de gestão) para todas as áreas. Buscando tratar os eventos pontuais decorrentes do erro humano, a exemplo: erros de digitação, falhas na coleta e identificação de amostras, em que mesmo havendo o procedimento descrito no POP de atendimento ao cliente em ambiente de coleta, entre outros, houve falha devido à quebra do processo; foram realizados treinamentos com toda a equipe e implementadas ações de promoção e motivação. Por meio do monitoramento dos dados não foram evidenciados novos eventos referentes à retificação de laudo, envolvendo a máscara do hemograma, bilirrubina e urina de 24 horas.

Avaliação de Tecnologia

RE_83_2011 - O Enfermeiro no Gerenciamento do Cuidado

Ana Carolina Siqueira de Moraes, Ana Stella de Azevedo Silveira

Palavras-chave: Enfermagem, Psiquiatria, Saúde Mental, Gerenciamento de Caso, Gerenciamento do Cuidado, Tecnologia em Saúde, Assistência de Enfermagem, Processo de Enfermagem

No Ambulatório de Psiquiatria os enfermeiros assistenciais tem estendido suas ações tradicionais, atuando como gerentes de casos (GC). Nos serviços de Saúde Mental e Psiquiatria, os enfermeiros têm exercido o papel tradicional assistencial ou de profissionais de referências. O profissional de referência é aquele ao qual o paciente recorre em caso de necessidade ou intercorrências e está ciente do que acontece com seus pacientes. Desse modo, exercer o papel de GC é uma atividade nova para o enfermeiro no Brasil, com poucos relatos de caso publicados e algumas experiências isoladas em hospitais, mas não em ambulatório. A experiência de implantar essa nova tecnologia em nosso ambulatório tem sido então algo totalmente novo e um aprendizado contínuo.

No serviço em questão, os enfermeiros têm atuado como gerentes de caso para os pacientes do grupo de cuidados em que estão inseridos (Psicoses e Esquizofrenia, Dependência Química, Transtornos Afetivos, Infantil e Geriatria).

Todos os pacientes admitidos no ambulatório são acompanhados por um GC com frequência e intensidade consonantes ao seu quadro clínico, psíquico e social.

Cada grupo de cuidado conta com a participação de dois GCs que dividem a atenção aos pacientes atendidos, sendo cada um responsável pelo gerenciamento de aproximadamente metade dos pacientes do grupo.

Compete ao GC:

- Acompanhar o tratamento do paciente, desde a admissão até alta.
- Realizar histórico de enfermagem dos pacientes na primeira consulta,
- Elaborar e implementar o plano de cuidados do paciente junto com a equipe multiprofissional,
- Participar das reuniões semanais de equipe,
- Participar da supervisão semanal de Gerenciamento de Casos,
- Reavaliar periodicamente o plano de cuidados do paciente,
- Informar à equipe qualquer intercorrência ou alteração do quadro do paciente,
- Coordenar, facilitar e delegar os cuidados ao paciente,
- Orientar paciente e família a respeito do tratamento,
- Garantir a qualidade e continuidade do tratamento,
- Evitar desperdício de recursos humanos e materiais.

Atualmente temos no ambulatório cerca de 1.200 pacientes ativos e desses, 1.068 possuem uma enfermeira como Gerente de Caso, essa experiência tem sido bastante interessante e é nitidamente percebida a diferença que a presença desse profissional promove na assistência dos pacientes do Ambulatório. Diversas dificuldades foram encontradas no decorrer do tempo, mas o desafio da superação tem servido de motivação para otimizarmos o funcionamento dessa nova estratégia.

Qualidade e Segurança

RE_84_2011 - Segurança do Paciente: Implantação de Medidas para uma Assistência de Qualidade

Kelly Romano Morais

Cada vez mais os hospitais buscam aperfeiçoar e melhorar a qualidade da assistência prestada aos seus pacientes e acompanhantes, sempre enfocando segurança e humanização.

Entende-se por segurança acolher o paciente buscando atender suas necessidades e preferências, oferecendo conforto e infraestrutura adequados através da adoção de metas institucionais.

Assim, implantamos recentemente no Pronto Socorro de um hospital público do município de Carapicuíba um modelo de identificação segura onde classificamos o risco do paciente através de pulseiras coloridas instaladas no pulso e etiquetas adesivas com a mesma cor da pulseira afixadas em sua ficha de atendimento. Cada cor classifica o seu atendimento e determina o tempo de espera.

Todos os pacientes que dão entrada no Pronto Socorro passam pelo enfermeiro na triagem e após sua avaliação recebem uma pulseira conforme sua classificação de risco. Em casos de emergência, o paciente é recepcionado diretamente em ala específica e após avaliação e condutas necessárias, recebe sua identificação.

Primando pela segurança do paciente padronizamos também a instalação de etiquetas nas pulseiras contendo dados do paciente como nome completo, idade, data e hora de entrada, número de registro. Assim, antes da realização de qualquer procedimento realizamos uma tripla checagem: confirmação do nome do paciente com ele mesmo ou acompanhante, confirmação do nome correto na sua ficha de atendimento e na etiqueta da pulseira.

Buscando identificação de riscos e proteção aos nossos pacientes, padronizamos também a instalação de pulseiras que identifiquem pessoas suscetíveis ao risco de queda. Baseado em protocolo institucionalizado, verificamos os pacientes que preenchem os requisitos e identificamos com a instalação de mais uma pulseira de cor laranja, instalada no momento de sua entrada no hospital e retirada apenas em sua alta.

Segundo protocolo da instituição é caracterizado como risco de queda paciente com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, paciente com quadro de tontura ou confusão, portador de deficiência auditiva ou visual, déficit neurológico, fraqueza generalizada, imobilização em membros inferiores ou distúrbio de marcha.

Além da metodologia aplicada para identificação desses pacientes, o protocolo também adota medidas de prevenção à queda e seguimento para a ocorrência da mesma.

Acreditamos que uma das formas de segurança ao paciente seja a prevenção da ocorrência de erros. Sendo assim, a correta identificação e classificação de risco são estratégias adotadas para uma assistência segura e de qualidade.

Qualidade e Segurança

RE_86_2011 - Gerenciamento de Projetos Aplicado à Segurança do Paciente

Kátia Maria Padula, Helaine Carneiro Capucho, Maria Eulália Lessa do Valle Dallora, Wilson Moraes Góes

Problema: Um hospital de ensino de grande porte identificou, em 2008, que 46,8% dos seus pacientes e 10,4% dos leitos não estavam identificados. Várias foram as iniciativas para reduzir o problema. O que se denominavam projetos nada mais eram que ações setoriais sem visão sistêmica, sem indicadores de desempenho e sem escopo definido culminando com duplicação de esforços e custos. Assim, a proposta de identificar pacientes corretamente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, não era efetivamente alcançada. Em 2009, a identificação dos pacientes tornou-se um dos objetivos do Planejamento Estratégico Institucional. Solução implantada: Com meta de identificar 100% de pacientes e leitos, foi adotada neste e em outros projetos as boas práticas de Gerenciamento de Projetos recomendadas pelo PMI (Project Management Institute). Resultados obtidos: O projeto "Identificação dos Pacientes" foi elaborado com envolvimento de equipe multidisciplinar e multissetorial, integrando a alta Administração, Enfermagem, Gestão de materiais, Controle de leitos, Informática, Segurança do Paciente, Bloco Cirúrgico, entre outros. Após definição do escopo, cada fase do ciclo de vida do projeto foi respeitada e vários foram os benefícios: a gestão do tempo e dos custos permitiu acompanhar a eficiência da equipe e os gastos para execução do projeto; a gestão da qualidade favoreceu a manutenção do que foi requerido pela equipe como ideal, na fase de planejamento do projeto; as atividades foram distribuídas e os insumos adquiridos adequadamente através das gestões de recursos e aquisição. Com a gestão da comunicação, toda a equipe foi atualizada simultaneamente, o que, aliado à gestão de riscos, permitiu minimizar efeitos de condições adversas. O Hospital capacitou 33 colaboradores em gerenciamento de projetos e atualmente, 12 projetos foram finalizados e outros 14 estão em execução segundo a metodologia do PMI. Constatamos ganho de eficiência com acúmulo de experiência a cada projeto entregue, com benefícios valiosos para a Instituição, em especial, no que diz respeito a comunicação entre as áreas, racionalização dos recursos e tempo, além da clareza de objetivos, que refletiram na qualidade da assistência e na melhoria da segurança dos pacientes.

Indicadores Assistenciais

RE_92_2011 - Percepção da Equipe Profissional para Aderência do Paciente HIV Positivo Ação de Acolhimento. Uma questão de Comunicação

Rosilane Aparecida Bezerra Fransoni, Sonia Francisca Monken de Assis

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. (MINISTÉRIO SAÚDE, 2004) Nesses serviços, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Quando os resultados são positivos, os CTA são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência. Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletivo, a depender do serviço. Centro de Referência e Tratamento em DST/Aids (CRT), cidade de Mauá São Paulo - desenvolve trabalhos para adesão ao tratamento, o que fortalece o relacionamento do paciente com a equipe, pois quanto mais próximo do programa melhor será a terapia antirretroviral. O tratamento é realizado através processo que se desdobra após o resultado positivo, como acolhimento do paciente, acompanhamento, orientação sobre a importância do tratamento e coleta do exame T-CD4 para avaliar a necessidade de terapia antirretroviral. A experiência da equipe do CRT/CTA, na região do ABCDM de São Paulo, nos anos de 2007 a 2009, mostra que ao desenvolver ações para adesão ao tratamento, fortalece-se não só o relacionamento do paciente com a equipe, mas amplia-se a atuação educacional através da comunicação com os grupos. Quanto mais próximo do programa há melhora não somente a terapia antirretroviral, mas da gestão da qualidade do serviço. A equipe de enfermagem que realiza a coleta percebeu que os pacientes não compareciam para o exame. A coleta de exame exige que a equipe antecipe o horário de entrada ao trabalho para preparar a sala de coleta e insumos, preencher protocolos, com o objetivo de facilitar o atendimento.

Mesmo com a preocupação na qualidade do atendimento, nos anos de 2007 e 2008, o absenteísmo atingiu a casa dos 45% e 62% respectivamente; os pacientes não compareciam ao exame agendado. O desgaste humano e material entre os profissionais de enfermagem foi notadamente percebido pelo gestor, além da segurança do resultado da consulta ser comprometida, pois o retorno de consulta é agendado de acordo com a data do resultado do exame, o que facilita o diagnóstico médico durante a consulta. (MINISTÉRIO SAÚDE, 2006, 2008). Esses fatos levaram a equipe análise da situação e buscar meios de solucionar a questão. A intervenção social e de comunicação sobre o programa através de um projeto "Café Temático", foi a saída encontrada. Solução simples, mas de alcance social e educacional, nos dias de coleta para acolhimento dos usuários é servido um pequeno café e no mesmo ambiente um profissional realiza palestras de orientação e informação sobre assuntos pertinentes ao programa. Cada profissional desenvolve o tema de acordo com as maiores dúvidas dos usuários, detectados através de pesquisa exploratória. Após três meses de trabalho, os primeiros resultados apareceram.

Pacientes solicitando realizar a coleta antecipada a fim de participar da palestra do Café Temático. O levantamento contabilizado no final do semestre de 2009 trouxe resultados animadores, as faltas haviam recuado em 32%. As pesquisas de avaliação sobre o Café Temática apresentou índices satisfatórios (95%), bom e ótimo, o que ratificou a continuidade do programa. Vale ressaltar que o comprometimento da equipe com a causa do cliente e a consciência da gestão da qualidade em serviço com vista a segurança do tratamento do paciente do CRT/CTA Mauá,

Referências

Ministério da Saúde. Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas Relacionadas às Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCAP). Brasília, 2004.

Ministério da Saúde. Guia de Tratamento Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV. Brasília, 2003.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, 2006.

Indicadores Assistenciais

RE_93_2011 - Projeto Psiquiatria Para Uma Vida Melhor

Carolina Fagnani, Carolina dos Santos Fagnani de Paiva

Situação Apresentada (desafio): Aproximar a especialidade médica (psiquiatria) da população e combater o estigma contra os médicos psiquiatras e portadores de transtornos mentais.

Estratégias Utilizadas: Campanha de prestação de serviço à comunidade com base na divulgação para a imprensa e oferta de serviços online.

Ferramentas/Ações implementadas: Realização de eventos voltados para a população leiga, distribuição de material informativo impresso, campanha gratuita em rede de televisão, criação de portal na Internet para atendimento à população e intenso trabalho junto aos veículos de comunicação, inclusive com o lançamento de um manual para a mídia e cartilha de prevenção ao suicídio.

Período: Outubro de 2006 a outubro de 2010

Resultados Obtidos: Conquista de grande espaço na imprensa nacional, apoio de outras categorias profissionais, superação na expectativa de público para os eventos, ultrapassamos a meta de 50 mil acessos mês no site ABP Comunidade, volume crescente de consultas e dúvidas online abrangendo todos os estados brasileiros, melhora na imagem do profissional, crescimento da procura pela especialidade, maior credibilidade junto aos órgãos governamentais da saúde, modelo copiado pela Associação Mundial de Psiquiatria e outros países, além da prestação de serviço à comunidade no esclarecimento e prevenção à saúde mental. O Projeto retrata claramente o potencial da comunicação aplicado à prestação de serviço.

Metodologia: A experiência durante um período de 4 anos poderá ser ilustrada com farto material e recursos audiovisuais. Temos 3 campanhas de vídeo de 30 segundos cada, muitas fotos dos eventos realizados, cartilhas, folhetos e uma apresentação em Power-point, bem didática.

Qualidade e Segurança

RE_94_2011 - Corporativo de Farmácia como Modelo de Gestão para Padronização de Processos Farmacêuticos dentro de uma O.S.S

Márcio Valenta, Ana Paula Abu Jamra, Angelo José Ramos Santos, Cristiane Yoshie Matsnaka

Palavras chaves: Corporativo de Farmácia, Segmentos Farmacêuticos, OSS.

A Instituição representada por este trabalho é uma Associação Civil sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, reconhecida como de utilidade pública federal, estadual e municipal, respectivamente pelos decretos nº. 57.925, de 04/03/1966, 40.103 de 17/05/1962 e 8.911, de 30/07/1970. A Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998 regulamentou a parceria do Estado com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde (O.S.S) e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

O primeiro contrato de gestão desta Instituição foi firmado em 1998 com um Hospital Geral localizado no município de Taboão da Serra. O cumprimento das metas estabelecidas pela Secretaria de Saúde possibilitou o surgimento de novos contratos e novas Instituições Afiliadas. De 1998 até 2011, esta O.S.S. tornou-se responsável pela administração de 35 Afiliadas. Contudo, o crescimento exponencial trouxe a necessidade de padronização de processos para todas as Afiliadas.

Com surgimento e o desafio de gerenciar um grande número de Afiliadas, obrigou-se a implantação de Equipes Corporativas em alguns setores, com vistas ao gerenciamento dos serviços de saúde.

De forma pioneira, os Profissionais Farmacêuticos envolvidos com a O.S.S. desde sua implementação, idealizaram e estruturaram um plano de ação de trabalho que, entre outras atribuições, consistiu na divisão de trabalho, criando-se o Corporativo de Farmácia, formado por um time estruturado de profissionais habilitados, com funções de planejamento, organização, direção, redução de custos, avaliação de estruturas, processos e resultados, direcionando as rotinas de trabalho das farmácias de todas as unidades Afiliadas, subordinado e validado diretamente a Diretoria Administrativa e Superintendência da O.S.S. Desta forma, o Corporativo de Farmácia tem como missão garantir a qualidade de processos, apontando, ajustando, acompanhando e contribuindo para capacitação dos profissionais, buscando uma saúde pública digna, com qualidade e compromisso social.

O Organograma do Corporativo de Farmácia contempla Serviços e Seguintos Farmacêuticos. Os serviços farmacêuticos são compostos pela Central de Informação de Medicamentos (CIM), estabelecida em 2008, a Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores (CTQF), implementada em 2008, a Educação Permanente em Farmácia, implementada em 2010, a Qualidade em Farmácia, implementada em 2009, o Time de Pesquisa e Desenvolvimento implementada em 2010 e Atenção Farmacêutica/Farmácia Clínica implementada em 2011. Atualmente são 4 Seguintos Farmacêuticos sendo eles Farmácias Hospitalares, Farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Farmácias Ambulatoriais e Farmácias da Microrregião. Os Coordenadores dos Seguintos Farmacêuticos são responsáveis por estabelecer diretrizes e metas específicas para cada segmento.

Concluindo, a criação do Corporativo de Farmácia e a subdivisão dos trabalhos em Seguintos Farmacêuticos mostrou-se eficaz na padronização dos atendimentos, padronização dos materiais, medicamentos e formulários, inclusive padronização de comportamentos, demonstrando ser uma estrutura organizacional eficiente para atender os requisitos atribuídos pela Secretaria do Estado de Saúde. A Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998 regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

A Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998 regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

Qualidade e Segurança

RE_95_2011 - Implementação de modelos de evolução dos pacientes por profissionais

Regiane Couto, Taissa Sotto Mayor, Claudio Flauzino de Oliveira

Problema: Durante auditoria para avaliação dos prontuários observamos que os registros das evoluções multiprofissionais muitas vezes não apresentavam todas as informações necessárias para garantir uma boa comunicação da equipe.

A estabilidade do paciente na internação domiciliar contribui para que nem todas as informações sejam consideradas relevantes pelos profissionais, o que leva, em alguns casos, a um registro incompleto da evolução do paciente.

O prontuário na internação domiciliar, além de ser uma documentação muito importante com relação aos cuidados prestados e possíveis intercorrências no domicílio, também garante o registro das intervenções de familiares quanto a estes cuidados, incluindo eventuais interferências no tratamento proposto pela equipe.

Solução Implantada: Optamos então por criar um protocolo com regras para o registro das evoluções multiprofissionais em prontuário, tanto físico como eletrônico, com o intuito de garantir a qualidade do registro e permitir a adequada documentação da evolução do paciente para fins administrativos internos e de gestão junto às operadoras de saúde.

Este protocolo contém descrição dos itens que devem estar presentes na evolução diária dos profissionais ao visitarem o paciente na residência, ou seja, os aspectos mais importantes de seu quadro clínico, evolução e tratamento, a serem observados e registrados.

Alguns aspectos são considerados multiprofissionais e serão referentes às características clínicas do paciente e condutas tomadas; outros são considerados particulares e serão distintos para cada especialidade, incluindo as orientações passadas para a família. O protocolo tem o objetivo de tornar o registro de todos os aspectos mais claro.

Resultados: Observamos assim, uma maior uniformidade entre as informações da equipe e o conteúdo apontado nos diversos relatórios gerados para avaliação do paciente e do plano terapêutico, assim como a equivalência de informações entre os prontuários eletrônicos e físicos.

Obtivemos também dados concretos para a avaliação do desempenho de cada profissional e para a identificação de eventual necessidade de reorientação deste, visando melhoria contínua da qualidade de atendimento prestado ao paciente através do desenvolvimento profissional. Além disso, acompanhamos mais facilmente as alterações clínicas do paciente durante seu cuidado na internação domiciliar, eliminando aspectos abstratos dos registros e estabelecendo um método que delimita um padrão de atuação destes profissionais.

A alimentação do prontuário eletrônico em similaridade com o físico permite que a equipe acesse seu conteúdo com maior eficácia e presteza, possibilitando uma melhor visualização dos aspectos clínicos do paciente e das condutas tomadas tanto para a equipe assistencial, quanto para os gestores operacionais e operadoras de saúde.

Qualidade e Segurança

RE_96_2011 - Acompanhamento de Adesão a Protocolos de Prevenção de Complicações Infecciosas

Taissa Sotto Mayor, Claudio Flauzino de Oliveira

Problema: O desenvolvimento de protocolos de prevenção de complicações infecciosas relacionadas ao uso de dispositivos em pacientes em internação domiciliar tornou-se imprescindível para a garantia de segurança do paciente. Entretanto, para que haja resultado efetivo relacionado à implantação destes protocolos, é necessário que seja acompanhada a adesão dos profissionais da equipe aos mesmos, certificando que a rotina desenvolvida é de fato aplicada em cada domicílio. Desenvolver uma maneira fidedigna de mensurar esta adesão, criando indicadores que permitam uma análise contínua e possibilitem identificação precoce de eventual necessidade de aperfeiçoamento da rotina, foi o desafio encontrado.

Solução Implantada: Optamos então por criar um instrumento que permitisse ao enfermeiro responsável pelo paciente uma análise in loco do cumprimento de cada item previsto em todos os protocolos, em forma de check list. Desta forma, além de mensurar a adesão, o profissional tem a responsabilidade de corrigir eventuais não conformidades encontradas, reorientando auxiliares de enfermagem no momento da identificação da falha. Esta análise é feita a cada visita do enfermeiro, o que minimiza ainda a possibilidade de perpetuação do erro. Este método é mais eficaz do que uma auditoria de prontuários, pois traz dados atuais e permite uma ação corretiva imediata.

Resultados: Através da implantação deste instrumento podemos acompanhar o cumprimento dos protocolos, e a taxa de adesão mensal a cada uma destas rotinas. Ao longo de 12 meses, esta taxa subiu de 5% a 6% em 2 dos 3 principais protocolos acompanhados, passando de 90% para 100% para prevenção de infecção associada a cateter vesical de demora, e de 91% para 97% para a prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. No terceiro protocolo (prevenção de infecção associada a cateter venoso central) houve uma oscilação significativa deste percentual entre 66% e 100%, o que acabou mostrando a necessidade de ajuste das rotinas do protocolo. Durante o período analisado a incidência dos eventos infecciosos permaneceu dentro do intervalo esperado.

Qualidade e Segurança

RE_97_2011 - Auditoria de Enfermagem - A implementação de uma nova prescrição

Catia Regina Paiva, Mayumi Marcia Hirano Linoba, Adriana Maria Dutra Paranaíba, Flavio Luciano Lopes, Claudio Flauzino de Oliveira

Problema: Nesta instituição são realizadas auditorias de prontuários que são retirados mensalmente das residências e analisados na íntegra, o que possibilita verificar os atendimentos de toda a equipe multiprofissional, bem como avaliar processos e protocolos. Com isso identificamos alguns pontos passíveis de aperfeiçoamento. Nesta análise, utilizamos um julgamento crítico e uma visão ampla, ou seja, tentamos ver a situação por todos os lados: empresa, profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, etc.), famílias e pacientes, incluindo o contexto social em que estes se encontram. Concluímos, então, o quanto é complexa a realização de um atendimento domiciliar com qualidade e segurança, e o quanto devem estar preparados, técnica e emocionalmente, os profissionais para lidar com todas as situações inerentes a este tipo de atendimento. Optamos por iniciar as nossas melhorias através de maior detalhamento da prescrição de enfermagem, até então simples, genérica e com risco de diferentes interpretações.

Solução Implantada: Levantamos as principais situações em que a prescrição de enfermagem bem realizada tem papel fundamental na segurança do paciente.

Checamos os protocolos clínicos para verificar se todos os cuidados de enfermagem necessários estavam descritos de forma clara e coerente com a realidade dos nossos pacientes. A partir daí optamos por transformar uma prescrição de cuidados gerais em prescrições de enfermagem específicas, bem detalhadas, para o cumprimento adequado de cuidados de enfermagem específicos para cada protocolo. Desta forma tornamos uniforme a transmissão das informações, facilitando o trabalho do enfermeiro no momento da prescrição e entendimento do auxiliar de enfermagem para o o cumprimento do que está prescrito. Conseguimos criar prescrições direcionadas para Prevenção de Quedas e Fraturas, Prevenção de Infecções, Úlcera por Pressão (prevenção e curativos) e Cuidados Gerais.

Resultados Obtidos: Com as ações tomadas passamos a ter instrumentos mais precisos para criar indicadores sobre o cumprimento dos protocolos e garantir que o cuidado de enfermagem tenha um formato padronizado pela equipe.

Conseguimos identificar o perfil do paciente atendido, com um plano de cuidado personalizado através do diagnóstico de enfermagem e da criação de um impresso simples do tipo check list, que permite direcionar as ações do profissional de enfermagem na residência, facilitando a leitura e o cumprimento dos procedimentos de cuidado e prevenção dentro de cada protocolo.

Cada prescrição possui critérios a serem observados no decorrer dos atendimentos, possibilitando um direcionamento da ação naquele momento para garantir a melhor conduta de cuidado a ser tomada. Levando em consideração que a observação de enfermagem para pacientes em internação domiciliar é fator preponderante para evitar danos ao paciente, o seguimento preciso de prescrição de cuidados por estes profissionais, assim como registro em prontuário de eventuais alterações clínicas, torna-se fundamental para o acompanhamento adequado do paciente por toda a equipe multidisciplinar. Esta proposta possibilita uma readequação periódica mais fiel da prescrição de enfermagem na medida em que o paciente apresenta uma evolução do quadro clínico, tendo aumentada ou diminuída a complexidade de seus cuidados. A garantia da segurança do paciente segue como prioridade em nossos projetos de desenvolvimento, guiando-nos através da elaboração deste mais novo modelo de prescrição, que teve com base principal os resultados de auditorias bem fundamentadas.

Qualidade e Segurança

RE_98_2011 - Metodologia tracer com foco na atenção Domiciliar

Regiane Couto, Taissa Sotto Mayor, Claudio Flauzino de Oliveira, Catia Regina Paiva

Problema: Realizamos auditorias de prontuários através de uma comissão que se preocupa com a qualidade dos registros, com a busca de não conformidades e possíveis danos causados aos pacientes. Com o intuito de melhoria da qualidade de avaliação destes prontuários e para que pudéssemos gerar indicadores confiáveis a respeito dos cuidados realizados nos pacientes, buscávamos uma metodologia de avaliação que pudesse mapear todos os aspectos citados.

Solução Implantada: A metodologia tracer nos possibilitou esta análise criteriosa dos cuidados realizados e a adequação dos protocolos e impressos utilizados pela equipe. A avaliação dos prontuários através desta metodologia proporciona uma análise completa dos processos da empresa, verificando os principais pontos com base no cumprimento de todo o plano terapêutico, desde o momento da avaliação no hospital, passando pela para o domicílio, tratamento, até a alta total. Esta metodologia também nos permite avaliar casos de pacientes que sofreram qualquer inadequação durante o tratamento e obter melhorias dos processos. Ao analisar o prontuário acompanhamos as seguintes fases referentes à internação domiciliar:

Captção: Avaliação do paciente em tempo hábil e elaboração do relatório de captção que dará base para os cuidados do paciente no domicílio, resumindo a hospitalização.

Implantação: Avaliação da estrutura disponibilizada ao paciente no domicílio, orientação da família para realização de cuidados não técnicos ao paciente e continuidade de tratamento mediante as limitações apresentadas. Neste momento ainda será verificada a garantia da segurança na transferência do paciente para o domicílio, através de um Check List que indica aspectos a serem cumpridos desde o cuidado do paciente até a verificação de materiais, equipamentos e medicamentos a serem entregues no domicílio. São avaliadas também as ações dos profissionais na residência, através do devido registro.

Acompanhamento: A verificação do cumprimento dos protocolos é necessária para garantir a realização adequada da estratégia de cuidados com o paciente e a segurança dos procedimentos realizados, permitindo avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos. Assim, promove-se o cumprimento das práticas de qualidade e a possibilidade de rever o planejamento terapêutico de acordo com a evolução do paciente.

Alta: O mapeamento da alta também é bastante importante para identificarmos se houve alguma falha nos nossos protocolos de atendimento. Em caso de hospitalização é importante identificar se a transferência foi realizada por um motivo pertinente ou não, se todas as ações cabíveis foram tomadas para evitar a hospitalização, sempre respeitando a segurança do paciente. Deve haver também o preenchimento e encaminhamento da documentação necessária para a continuidade do cuidado do paciente em ambiente hospitalar ou domiciliar.

Óbito: Avaliamos a o registro adequado em prontuário e o devido preenchimento do atestado de óbito, além das orientações prestadas à família e o preenchimento correto do resumo de alta.

Resultados Obtidos: A avaliação destes quesitos nos permite mapear todo o cuidado prestado ao paciente e registrar dados que gere indicadores para avaliar o perfil dos pacientes, a adequação das práticas realizadas, dos processos e dos protocolos aplicados. Através desta ação adequamos os protocolos de oxigenioterapia, os modelos de prescrição de enfermagem referentes a cada protocolo, o modelo de prescrições médicas com inclusão de informações sobre interações medicamentosas, o protocolo de maceração e diluição de medicamentos e a revisão da padronização de materiais.

Qualidade e Segurança

RE_99_2011 - Farmacêutico Clínico

Elaine Estefanina Bacchiega, Fernando Luiz Pirino Zanetti, Talita Fonseca dos Santos

Palavras Chaves: unidades assistenciais, farmacêutico, alta hospitalar.

A evolução dos modelos de prática farmacêutica está diretamente vinculado à estruturação do complexo médico industrial. No início do século XX, o farmacêutico era o profissional de referência para a sociedade nos aspectos do medicamento, atuando e exercendo influência sobre todas as etapas do ciclo do medicamento.

Nos anos 60 existia uma grande insatisfação com essa nova forma de atuação decorrente do desenvolvimento da industrialização de medicamentos. Essas inquietudes fizeram nascer um movimento profissional norte americano, que ao questionar a formação e as ações criou mecanismos para corrigir os problemas e permitir que os farmacêuticos participassem da equipe de saúde usando seus conhecimentos para melhorar o cuidado ao paciente. O resultado concreto foi o surgimento no âmbito hospitalar da farmácia clínica.

Na ótica da OMS a atenção farmacêutica é, " um conceito de prática profissional na qual o paciente é o principal beneficiário das ações do farmacêutico. A atenção farmacêutica é o compêndio das atitudes, os comportamentos, os compromissos, as inquietudes, os valores éticos, as funções, os conhecimentos, as responsabilidades e as habilidades do farmacêuticos na prestação da farmacoterapia com o objetivo de obter resultados terapêuticos definidos na saúde e na qualidade de vida do paciente" (OMS, 1993).

Atualmente a morbimortalidade relacionada a medicamentos é um relevante problema de saúde pública e um determinante de internações hospitalares. As internações relacionadas a medicamentos podem ser atribuídas a fatores intrínsecos à atividade do fármaco, falhas terapêuticas, não adesão ao tratamento e eventos adversos (JOHNSON & BOOTMAN, 1995; ROUGHHEAD et al., 1998; EASTON et al. , 1998; MALHOTRA et al., 2001).

O objetivo primário deste trabalho foi apresentar os indicadores da farmácia referente à atuações e as contribuições clínicas e farmaco-econômicas para unidade hospitalar com a presença de um farmacêutico clínico nas unidades assistenciais

As unidades clínicas atendidas pelo farmacêutico clínico nesta unidade hospitalar são as seguintes: clínica médica, onde se encontram os pacientes crônicos da unidade hospitalar(37 leitos); pediatria internação, onde se encontram os pacientes crônicos da unidade Pediatria(24 leitos); UTI – Pediátrica, onde se encontram os pacientes críticos da unidade de Pediatria(8 leitos); UTI – Pronto Socorro, pacientes críticos e de isolamento da unidade do Pronto Socorro(6 leitos); UTI – Amarela(Semi-UTI),

pacientes semi-críticos, mas entubados ou aguardando vagas para UTI(14 leitos); UTI – Vermelho II, paciente críticos, que são recebidos na primeira intervenção da unidade do Pronto Socorro(6 leitos), onde totalizam-se 95 leitos com atuação do farmacêutico clínico,ou seja, dos 312 leitos hospitalares 30% são atendidos.

Durante a implantação deste profissional nas unidades assistenciais podemos verificar diversas situações na qual melhoraram com a presença do farmacêutico dentro das unidades assistidas, tais como, diminuição de estoques de materiais e medicamentos, correção de armazenamentos inadequados e identificação de datas de aberturas e validades de medicamentos multidoses e almotolias.

Com a presença do profissional farmacêutico dentro das unidades assistenciais foi verificado as seguintes contribuições clínicas: maior segurança nos processos referente ao plano de aplicação medicamentoso, diminuição do número de erros de prescrição (Doses, nomes comerciais, etc), diminuição do número de medicamentos não-padrão, diminuição do número de intercorrências ocasionadas por falta de medicação, maior controle sobre estoques de medicamentos e psicotrópicos das unidades assistidas, diminuição de perdas de medicamentos, diminuição de desperdício de antimicrobianos e uso racional dos mesmos, maior controle sobre as cartas de SCIH, diminuição de pedidos de medicamentos não-padrão, aumento das notificações de farmacovigilância.

O farmacêutico clínico também realiza acompanhamento de alta hospitalar, onde o mesmo faz uma anamnese farmacêutica e orientação com relação a todos os medicamentos prescritos e após essa alta é feito um acompanhamento através de contato telefone nos cinco, quinze e trinta dias após a alta hospitalar.

Indicadores Assistenciais

RE_100_2011 - Implantação de um Programa de Capacitação em Cateter Venoso Central Totalmente Implantável (Port-a-cath) para Enfermeiros em um Hospital de Oncologia Pediátrica

Ana Lyga Pires Melaragno

Os cateteres venosos centrais podem ser classificados, pela sua durabilidade, em dois grandes grupos: os de curta e os de longa permanência. Na Oncologia Pediátrica em geral são utilizados os cateteres de longa permanência totalmente implantáveis, também conhecidos como Port-a-cath. O uso desses cateteres no Brasil data do início da década de 1980 e até hoje é uma excelente opção para esses pacientes, por permitir infusão de medicamentos, quimioterápicos, hemocomponentes, nutrição parenteral e a realização de coleta de exames laboratoriais. Porém, o seu custo elevado ainda é um fator limitante para muitos pacientes e/ou instituições e a sua manipulação/manutenção exige técnica asséptica e, também, profissionais capacitados especificamente para esse fim. Para isso, é fundamental a capacitação do enfermeiro abordando temas referentes a esta prática. O objetivo deste estudo foi capacitar enfermeiros, através da implementação de um programa teórico/prático de treinamento, visando aumentar os conhecimentos referentes às intervenções de enfermagem na assistência de crianças e adolescentes com câncer com cateter venoso central de longa permanência totalmente implantado. Foi elaborado um Curso de Capacitação em Cateter Venoso Central Totalmente Implantável (carga horária total de 14h) abordando: conceitos básicos; indicações de implante (vantagens e desvantagens); localização do cateter; principais cuidados teórico/prático de Enfermagem durante a punção, manuseio, curativo e higienização; administração de hemocomponentes, medicamentos, nutrição parenteral total e quimioterápicos; interação medicamentosa e suas conseqüências; e, ações de enfermagem em situações especiais (obstrução, acidentes). Participaram 08 enfermeiras de uma instituição referência em Oncologia Pediátrica de São Paulo, admitidas no ano de 2010, que ainda não haviam realizado este treinamento. O curso aconteceu no período de 12 de abril a 20 de maio de 2010. A parte teórica foi composta de 04 encontros (1 hora cada) e a parte prática foi composta de 03 horas de visita ao Centro Cirúrgico e 06 horas de prática em Ambulatório. Estratégias de ensino utilizadas foram aulas expositivas e manipulação prática de bonecos com o dispositivo. Ao término da parte teórica foi aplicada uma avaliação escrita, com valor total de 50 pontos, composta de 16 questões de múltipla escolha (valor total:) e duas questões discursivas (valor total:). O valor mínimo para a aprovação foi de 38 pontos. Somente se aprovadas na parte teórica, os enfermeiros eram submetidos ao treinamento prática (1 hora). Após aprovação, eram encaminhados para a visita técnica no Centro Cirúrgico para visualização do implante do cateter (3 horas) e ao Ambulatório de Quimioterapia para prática de punção e manuseio do port-a-cath (6 horas), sob supervisão. 08 enfermeiras realizaram a avaliação, sendo que 07 foram aprovadas, 01 reprovada. A média de pontos foi 29,8 pontos (17 pontos – menor pontuação; 35 pontos – maior pontuação). A temática na avaliação que gerou maior dificuldade foi a abordagem e orientações da família a respeito do procedimento. Como facilidades, as ações de Enfermagem em situações especiais de obstrução, infiltração, entre outros. Este programa de treinamento torna os enfermeiros mais participativos no cuidado, mais competentes, demonstrando um maior conhecimento teórico e, também, um conjunto de habilidades clínicas, resultando em melhor satisfação do paciente e melhora dos resultados. Planejamos continuar a avaliar o processo e desenvolver módulos de treinamentos específicos para a continuidade da capacitação.

Qualidade e Segurança

RE_101_2011 - Promovendo Educação, Lazer e Cultura no Ambiente Assistencial

Luciana Cristina Tamburu, Neusa Maria da Silva, Andréa Ferreira da Cunha, Juliana Quintanilha Faustino, Sunamita Vitorino do Nascimento Neri

Identificação do problema

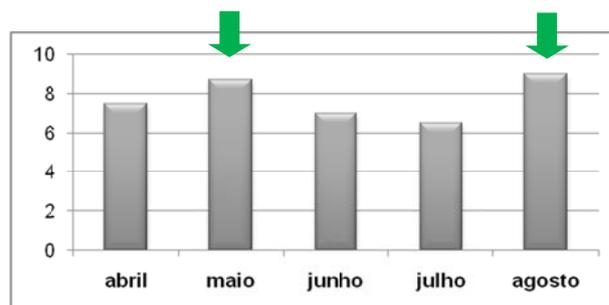
Pacientes internados têm direito ao acompanhamento de um responsável, e por ser um Hospital infantil, normalmente são as próprias mães. Dependendo do quadro do paciente, os acompanhantes às vezes demonstram ansiedade e situação de estresse, que podem interferir no relacionamento com a equipe assistencial.

Solução implantada

Pensando no bem estar desses usuários, em conjunto com a equipe de voluntárias, foram planejados eventos a fim de promover atividades de passatempo para as mães, e assim amenizar o clima de estresse gerado no ambiente hospitalar.

Lançamos mão de uma pesquisa com as acompanhantes no período de abril a agosto, a ideia era saber se em dias de atividades (oficinas, apresentação teatral, etc.) essas acompanhantes estariam mais ou menos satisfeitas e, portanto menos ansiosas. Havia uma questão fechada “dê uma nota de 0 a 10 para seu dia no hospital”.

No período em que aplicamos a pesquisa, percebemos que nos meses maio e agosto onde ocorreram eventos (datas comemorativas, eventos patrocinados, etc.), o índice de “felicidade” cresceu alcançando média mensal acima de 8,5 conforme o gráfico do período abaixo:



Média das notas de satisfação das mães por mês

Resultados obtidos

Analisando essa situação, optamos por padronizar essas atividades com periodicidade semanal a partir de setembro de 2010, com o nome de “Hora da Mamãe”.

Foram realizadas: palestra sobre saúde bucal, bate papo sobre moda, oficinas de crochê, “fuxico”, tapeçaria, enfeites de natal. Além disso, houve apresentação de teatro, orquestra e outras atividades culturais.

As atividades acontecem no mesmo andar, com uma divulgação especial, e cobertura completa com fotos que são divulgadas no “mural da mamãe”.

A divulgação é feita por meio de cartazes em pontos estratégicos e de passagem dos acompanhantes: refeitório, corredores dos andares de internação, vestiário além de entrega individual de convite impresso.

É importante destacar que o projeto implantado foi de extrema importância para o desenvolvimento de ações que quando voltadas para os usuários também favorecem espaços de trocas de diálogos entre funcionários e clientes e assim direcionam para uma melhor qualidade de atendimento.

Qualidade e Segurança

RE_102_2011 - As Evidências Científicas como Instrumento para Tomada de Decisões Gerenciais: Perspectivas e Desafios

Késia Alves Gomes Rosetti, Daisy M. Rizatto Tronchin, Edenise Maria Santos da Silva, Marta Maria Melleiro, Paulina Kurcgant, Celice Romero de Aquino, Eliana Cristina Peixoto Massoco

Palavras-chave: Evidências científicas, Tomada de decisão, Gerenciamento, Enfermagem.

Introdução A integralização das melhores evidências de pesquisa à prática, em situações clínicas, gerenciais ou de ensino, fortalece a tomada de decisão do enfermeiro frente aos desafios presentes nos seus processos de trabalho. A evidência é um dado que comprova a melhor decisão, uma vez que o profissional opta por uma decisão contextualizada, atualizada e cientificamente compreendida. Desenvolver competências e habilidades para o emprego das evidências científicas exige associar resultados oriundos de pesquisas para a solução de problemas e esse é um dos pilares da Prática Baseada em Evidências. **Objetivo** Relatar a vivência das autoras nas reuniões do Grupo de Pesquisa: Qualidade e avaliação de serviços de saúde e de enfermagem e Conceitos e metodologia do gerenciamento em enfermagem, que estudam a temática Gestão Baseada em Evidências. **Método** Trata-se de um relato de experiência, crítico-reflexivo, seguido à análise de textos referentes à Gestão Baseada em Evidências, apresentados aos integrantes dos grupos por meio de exposição dialogada, nas reuniões de agosto e setembro de 2010, na Escola de Enfermagem da USP, com participação em média de 50 integrantes. **Resultados** No decorrer das discussões foi possível compreender que o ponto de partida para a incorporação das evidências no processo de tomada de decisão gerencial envolve a formulação de questões passíveis de serem respondidas por meio de evidências científicas com o emprego de um método de trabalho. Responder as perguntas requer habilidades para encontrar a melhor evidência, avaliar sua validade e integrá-la nos contextos da clínica, do ensino ou da gerência, em consonância com as expectativas do usuário, do trabalhador, do docente ou discente e, finalmente, avaliar a sua eficácia. As discussões evidenciaram que um dos desafios é o número elevado e a complexidade das informações na área da saúde, o que acarreta a utilização de métodos de revisão crítica da literatura, que permitem a busca, a avaliação e a síntese das evidências disponíveis no tema investigado. Os profissionais da saúde obtêm as informações, em sua maioria, de cinco tipos de fontes: periódicos, bases bibliográficas, portal em saúde, livro-texto e, a internet, veículo importante para localizar essas fontes, com um criterioso método de seleção e análise desses materiais. Outro desafio é a dificuldade para aplicar os resultados de pesquisas como subsídio para abandonar uma prática, culturalmente, baseada em opiniões, experiências isoladas e não sistematizadas, para a adoção de uma prática baseada em evidências científicas. **Conclusões:** O alinhamento das evidências científicas às decisões é uma perspectiva para uma prática profissional com qualidade, segurança e resolutividade. O emprego das evidências não é atividade simples, porque demanda competências e habilidades específicas dos profissionais, como a capacidade de obter, interpretar e integrar as evidências aos dados da sua realidade e fortalecer o processo de tomada de decisão. São necessárias estratégias para difundir a compreensão da prática baseada em evidência e para o desenvolvimento das habilidades para sua utilização de forma que resultem em melhora da qualidade dos serviços em saúde.

Qualidade e Segurança

RE_103_2011 - Implantação do Sistema de Notificação de Não Conformidade (NNC) online

Sara Diniz R. Azevedo, Cleide Regina Rodrigues Carlos, David de Britto Marciliano, Jason Jefferson Cristian de Castro Pires, Francisco Costa Neto, Cleide Harue Maluvayshi

Identificação do problema: O levantamento dos eventos adversos e queixas técnicas de um Hospital Público Pediátrico eram realizados desde 2004 por meio de ficha em papel. Para aprimorar o gerenciamento de indicadores da enfermagem a ficha foi aprimorada sendo separada por tipo de evento. Observou-se a continuidade da baixa aderência dos profissionais ao instrumento em papel, consequentemente a não confiabilidade dos dados levantados. Em 2008, preocupados com os resultados e com base no objetivo estratégico do hospital, relativo à segurança do paciente, a Qualidade formou uma parceria com a Tecnologia de Informação em Saúde, Enfermagem e Farmácia para rever esse processo.

Solução implantada: O produto da parceria resultou na Notificação de Não Conformidade (NNC) on line ampliando o conceito da notificação para a segurança institucional. A partir de abril 2010, as não conformidades detectadas por todos profissionais passaram a ser notificadas acessando a intranet e preenchendo os tópicos constantes. O profissional notificador fica isento de identificação, exceto pela Qualidade, preservando o sigilo e o anonimato e a sua liberdade de expressão. Ao ser enviada, a notificação chega a Qualidade, que fica responsável por realizar sua rastreabilidade propondo ações preventivas e corretivas, conjuntamente com o responsável da área, por acompanhar a implantação das ações e contabilizar, classificar e analisar as notificações segundo fluxograma específico.

Resultados obtidos: Observa-se um aumento das notificações após a implantação da NNC com tendência de crescimento consistente nos diversos tipos de notificações.



Indicadores Assistenciais

RE_104_2011 - PIDI - Programa de Investigação Diagnóstica do Idoso

Paulo Sergio Leme Quintaes, Andrea Batista de Oliveira, Maria Joana da Silva, Valquiria Francisquini Linhares Antonini

Ao idealizarmos o Programa de Investigação Diagnóstica do Idoso – PIDI, nos baseamos na expectativa desta população com relação ao atendimento médico e diagnóstico, nossa preocupação vinha de encontro com a realidade observada: consultas em locais distantes, mudanças frequentes de médicos e principalmente a dificuldade na realização de exames subsidiários.

Nosso objetivo foi proporcionar a integralidade do atendimento na área de medicina diagnóstica, facilitando desde o agendamento de exames subsidiários até o transporte para local de atendimento.

Disponibilizamos um dia da semana para o programa, o agendamento é realizado diretamente pela unidade referenciada, sem necessidade de desgaste do paciente neste processo. A equipe responsável pelo atendimento é formada por profissionais de diversas áreas do conhecimento, devidamente habilitados para atendimento de idosos. Os pacientes encaminhados para o programa são recepcionados pela equipe de enfermagem, a qual irá definir, respeitando-se a individualidade de cada caso, a sequência de atendimentos, médico e não médicos que os pacientes deverão receber durante o dia.

Iniciamos o PIDI em setembro de 2009 e até dezembro de 2010 foram 48 dias de atendimento, com um total de 268 pacientes atendidos (média de 5,58 pac/dia), destes, 79% eram do sexo feminino, ou seja, 212 pacientes e 21% do sexo masculino, 56 pacientes. A média de idade foi de 75,5 anos, o paciente mais novo tinha 60 anos e o mais velho 96 anos.

Foram realizados 1605 exames diagnósticos e 520 consultas médicas, em média cada paciente realizou no dia do atendimento 5,99 exames e 1,95 consultas médicas. No total foram realizados 2125 procedimentos (entre consultas e exames), ou seja, cada paciente em média realizou 7,95 procedimentos em um único dia.

O PIDI pode proporcionar aos pacientes um atendimento com agilidade e alta tecnologia, em um único dia o paciente realizou diversos exames diagnósticos, consultas com especialistas e orientações multiprofissionais.

Esta iniciativa vem de encontro com as expectativas das pessoas com idade superior à 60 anos com relação ao atendimento médico e diagnóstico, servindo de modelo para outros ambulatórios médicos.

Qualidade e Segurança

RE_106_2011 - Consolidando processos de comunicação na rotina de um hospital público

Neusa Maria da Silva, Luciana Cristina Tamburu, Daniel de Oliveira Santos, Katia Camata Ribeiro

Identificação do problema

Necessidade de estabelecer a comunicação entre os públicos: diretoria, colaboradores e usuários.

O Hospital é administrado por um contrato de gestão (parceria público privado) que define metas de produção, indicadores de qualidade e um conjunto de ações, como mensurar os atendimentos aos usuários no serviço de Ouvidoria.

Para atender a esse quesito do contrato, foi promovida uma reformulação no serviço que já existia, entre as mudanças destacam-se a incorporação da função de Comunicação Institucional pela equipe de Ouvidoria.

Na situação anterior a outubro de 2008 (início do contrato de gestão), o Hospital contava com um serviço de ouvidoria, porém não havia um setor responsável pela divulgação de informações, e então observamos naquele momento que a comunicação interna acontecia sem critérios, por exemplo: os quadros de avisos eram inadequados para o ambiente hospitalar (de feltro com fixação de alfinetes); a sinalização do Hospital era insuficiente, o boletim interno não dialogava com outras categorias profissionais, além dos médicos.

Solução Implantada

A Ouvidoria começa a gerenciar os processos de comunicação e assim organizar informações institucionais para os públicos. Primeiramente no papel de interlocutora com os usuários, pois a natureza da função permite essa prática, ou seja, por meio de uma reclamação pode-se traduzir a necessidade do usuário e assim, corrigir fluxos e aplicar uma ação para melhoria no atendimento.

Resultados obtidos

Gradualmente algumas soluções foram apresentadas, como uma sinalização padronizada (elevadores, corredores, números de salas), instalação de novos murais (lavável e fixação com fitas adesivas) e caixas de sugestões.

A Ouvidoria/Comunicação passou a ter uma atividade compartilhada com os outros setores do Hospital, estabelecendo a interação entre os públicos e atividades. Nesse contexto o melhor exemplo é o Jornal Mural, uma publicação ilustrada que atinge público interno e externo, com matérias colaborativas e pautas especiais, como dia do médico, semana da criança, campanhas específicas e etc. Destacamos a campanha da Nova CIPA que atingiu índices de participação importantes, gerando interesse nos colaboradores nesse processo eleitoral interno.

Ciclo de melhoria implantado

Padronização do uso das logomarcas, reformulação da papelaria (timbrados e cartões de visita), produção de folders internos (guia do acompanhante, programa específicos), divulgação adequada de campanha de utilidade pública (vacinação, campanha contra dengue, etc.), produção de eventos internos (semana da enfermagem, festa de confraternização, etc.). Publicamos também alguns banners e cartazes em locais estratégicos, com respostas às perguntas mais frequentes dos usuários, sendo que essa ação gerou satisfação nos clientes e funcionários da recepção do Hospital.

Qualidade e Segurança

RE_108_2011 - Adequação do tamanho do manguito do aparelho de pressão arterial não invasivo na Clínica Médico Cirúrgica (CMC)

Tatiane Ramos Canero, Michele Jaures, Daniela Aparecida Katayama, Adriana Cristina Miguel, Adriana Araújo Sicoli

Palavras-chave: pressão arterial, manguito, aparelhos de medida da pressão arterial.

Diferentes fatores podem influenciar na medida precisa da pressão arterial (PA). Para evitar que a PA seja super ou subestimada, a razão da circunferência braquial/manguito deve ser em torno de 40% da largura do braço, e o manguito deve circundar de 80 a 100% do comprimento, conforme recomendação da America Heart Association (AHA).

Identificação do Problema: O desempenho da CMC, na auditoria do Projeto de Padronização da Medida da Pressão Arterial do Programa de Cardiologia, de um hospital particular de grande porte na cidade de São Paulo, foi 24% inferior à meta preconizada (meta 80% de conformidade na adequação do tamanho do manguito, de acordo com a circunferência braquial do paciente – desempenho CMC 61% de conformidade). O Programa de Cardiologia adaptou uma tabela da AHA, que classificava o paciente de acordo com o tamanho da circunferência braquial, através de adesivos coloridos na capa do prontuário, determinando o tamanho do manguito a ser utilizado. Porém percebeu-se que os tamanhos dos manguitos descritos não eram compatíveis com os tamanhos disponíveis na instituição, e que o registro na capa do prontuário perdia-se quando, o mesmo, era arquivado na alta hospitalar. Resultando em dificuldade na compreensão da tabela, e inadequação do tamanho do manguito utilizado nos pacientes.

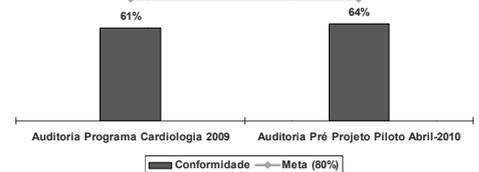
Ações Implantadas: Realizou-se análise dos resultados da auditoria no Grupo de Discussão da CMC (GDC), time de trabalho composto por representantes da enfermagem da CMC, resultando em propostas de melhorias no processo de registro e escolha do tamanho do manguito. Com isso, eliminou-se a tabela adaptada da AHA, a utilização de adesivos coloridos, e o registro na capa do prontuário. O tamanho da circunferência braquial passou a ser registrado na folha de evolução, anotação e controles de enfermagem, assim como o tamanho do manguito correspondente utilizado. Exemplo: circunferência

braquial 28 cm MSD (26 – 32 cm).

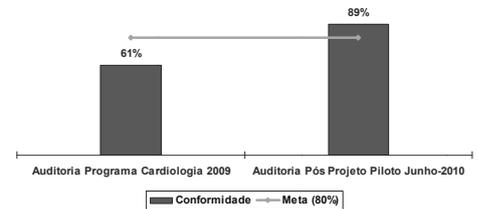
Resultados: A adequação do tamanho do manguito utilizado aumentou em 46%, na CMC, após as ações implantadas, e as despesas com os adesivos coloridos foram eliminadas.

Conclusão: Concluímos que as ações implantadas contribuíram para a qualidade da assistência prestada, segurança do paciente e redução de custos. A revisão do processo permitiu a compreensão dos executores, quanto à finalidade e objetivo em adequar o tamanho do manguito conforme a circunferência braquial. A nova proposta de registro do tamanho do manguito utilizado, na folha de controles, garantiu a permanência desta informação no prontuário do paciente após a alta hospitalar. Frente os resultados positivos da implementação na CMC, o Programa de Cardiologia multiplicou esta prática para toda a instituição.

Comparativo da adequação do tamanho do manguito de pressão arterial não invasivo, conforme tamanho da circunferência braquial - CMC. São Paulo, Outubro - 2010.



Comparativo da adequação do tamanho do manguito de pressão arterial não invasivo, conforme tamanho da circunferência braquial - CMC. São Paulo, Outubro - 2010.



Indicadores Assistenciais

RE_109_2011 - Implantação do Protocolo de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico na Visão Transdisciplinar: Relato de Experiência

Vânia Domiciano, Ariadne Fonseca

Este trabalho tem como objetivo, relatar a experiência das oportunidades de melhorias com a implantação do protocolo de prevenção de infecção do sítio cirúrgico. O estudo é um relato de experiência, a partir da vivência dos profissionais de saúde, que atuam em uma instituição pública da cidade de Carapicuíba. Primando pela qualidade da assistência prestada ao cliente e família, observamos que alguns processos precisavam ser revistos, visando à segurança do paciente. A partir de agosto de 2010, a instituição implantou o protocolo de prevenção de infecção do sítio cirúrgico e adotou pacotes de intervenções através da implementação de quatro componentes de cuidados: uso racional de antibióticos, tricotomia apropriada, controle glicêmico, manutenção de normotermia em pós operatório imediato. As infecções representam as complicações mais frequentes do período pós-operatório, sendo responsáveis por elevada mortalidade dos pacientes submetidos à cirurgia. A adoção de medidas preventivas que preconizam o uso adequado e as indicações dos antibióticos profiláticos é imprescindível para minimizar a problemática da infecção. Desta forma, a conscientização da relevância de tais medidas é fundamental para a manutenção da saúde e controle das infecções pós-operatórias. A instituição instituiu programas educativos envolvendo a equipe multidisciplinar que atuam nesse contexto, buscando não somente a conscientização, mas também o engajamento, o reconhecimento e a aplicação ou transposição do conhecimento científico para a prática profissional, como peça fundamental no combate à infecção na tentativa de minimizar os riscos inerentes ao paciente. Além disso, implantou estratégias visando à garantia da qualidade das informações registradas nos prontuários médicos, tentando transformá-los em retratos precisos da realidade vivenciada, bem como a instituição de impressos próprios para esse fim, que contenham dados necessários para o alcance de estimativas fidedignas sobre infecção hospitalar.

Acreditação

RE_110_2011 - Índice de Perda de Sonda Nasogastroenteral para Aporte Nutricional Pré e Pós Mudança da Fixação da Sonda

Elisângela Alves, Simone Gomes da Silva Castro, Diogo Oliveira Toledo

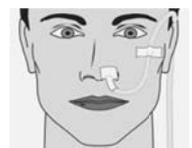
Em 2007 os resultados do indicador mostravam alto índice de perda de SNGE devido à retirada pelo paciente. Em análise qualitativa, percebeu-se que a sonda fixada na base do nariz era a principal causa de perda pós o manuseio pelo paciente. Trabalhos relatavam o mesmo motivo das perdas de sondas e não mostravam um protocolo nem preocupação com a fixação da mesma.

INTERVENÇÃO: Mudar a fixação com o comprimento fixado na lateral da face tirando-a do campo de visão do paciente.

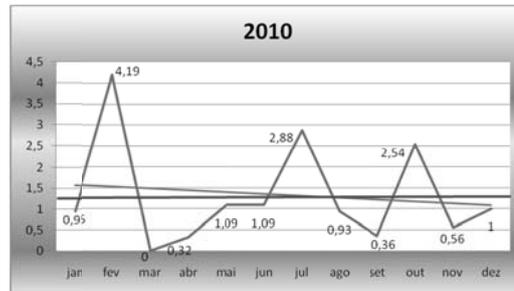
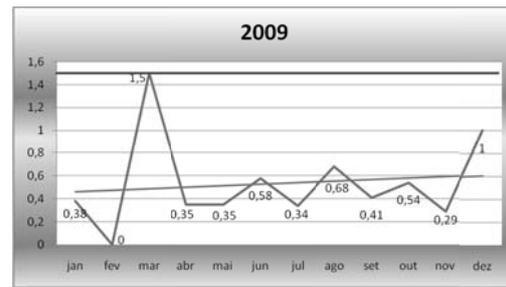
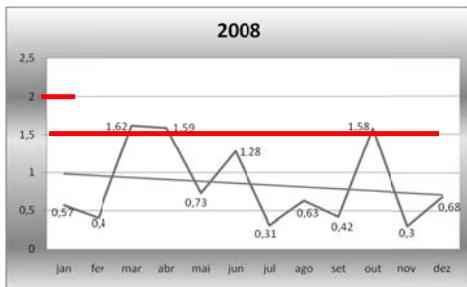
METODOLOGIA: Treinamento e sensibilização da equipe de um setor de alta complexidade de um hospital de grande porte. Análise crítica mensal do indicador através do levantamento do número de pacientes com SNGE pelo número de pacientes-dia no setor multiplicado por 100. Adequação da meta em fev/2008 de acordo com os resultados de 2007; Acompanhamento das medidas preventivas de fev/2008 a fev/2009.

RESULTADO:

De fev/08 a jun/09 houve redução de 40% do número de perdas de sonda com a nova abordagem, com $p < 0,001$. Atualmente o principal motivo para perda da sonda é nos casos em que familiares recusam contenção de pacientes confusos e/ou agitados e nos



pacientes conscientes, a principal queixa é a dor relacionada à sonda. Intervenção atual: Aquisição de sonda de menor calibre na instituição.



Legenda: — meta mensal — linha de tendência
Valores em porcentagem.

Qualidade e Segurança

RE_113_2011 - Implantação do Protocolo de Prevenção de Extubação

Simone Isidoro Prado, Marcia Lucia Verpa Souza Sasaki, Marcia Giancoli

INTRODUÇÃO: O interesse em realizar este trabalho vem de encontro com o refinamento das ações e resultados institucionais, visando a correlação entre a extubação acidental e a aplicabilidade de cuidados relacionado ao Rn em ventilação mecânica, sendo caracterizada como um evento adverso do cuidado.

OBJETIVO: Apresentar os resultados parciais de uma pesquisa relacionada à incidência da extubação acidental, após a implantação de um guia preventivo da extubação.

MATERIAL E MÉTODO: Estudo observacional retrospectivo, de intervenção prospectiva, realizado em uma Unidade de Terapia Neonatal de um hospital geral de grande porte, privado, da cidade de São Paulo. A população foi composta pelos RNs internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do hospital, que utilizavam o dispositivo ventilatório.

RESULTADOS: O instrumento utilizado foi um formulário dividido em duas partes: a primeira relacionada à intubação e a segunda relacionada a extubação acidental. As variáveis levantadas da população foram: idade gestacional, sexo, data de intubação e tipo de dispositivo ventilatório.

CONCLUSÃO: O cuidado de enfermagem deve gerar segurança ao paciente e sua família deve sentir confiança na equipe multiprofissional, que precisa ser efetiva para contribuir com a evolução do paciente, prevenindo suas complicações, reduzindo o tempo de estada na Unidade de Terapia Intensiva e com isso o custo pessoal e familiar de uma internação.

Qualidade e Segurança

RE_115_2011 - Um Relato de Experiência: Inovando o Cuidado

Simone Isidoro Prado, Marcia Lucia Verpa Souza Sasaki, Marcia Giancoli, Cibele Cristina Alves Oliveira, Ana Paula Bim

INTRODUÇÃO: O interesse em realizar este trabalho, vem de encontro com as inquietações constante que surge nas unidades de terapia intensiva neonatal, relacionada a segurança do paciente durante a hospitalização e as práticas seguras implementadas. Visto esta realidade apresentada, partiu-se a consciência de modificar a cultura punitiva à preventiva para educá-lo em práticas assistenciais seguras.

OBJETIVO: Realizar práticas seguras no cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal com a construção de um checklist "INOVAR".

MATERIAL E MÉTODO: Este realizado de natureza descritiva, exploratória, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital geral de grande porte, privado, da cidade de São Paulo. Sendo assim foi criado um impresso de checagem à beira leito utilizando a palavra INOVAR, onde I refere-se a identificação do paciente, N para nutrição, O para ordem nas estativas, V para ventilação mecânica, A para acesso venoso e R para risco de queda.

RESULTADOS: O impresso facilitou a memorização da equipe de enfermagem sobre os cuidados e dispositivos durante a visita à beira leito, além de enfatizar que a avaliação constante da clínica e da segurança do recém nascido, deve estar embutido no processo de cuidar, desde a internação até a alta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A visita diária aos pacientes internados pela equipe de saúde faz parte das boas práticas e pode identificar prevenir e intervir na assistência adequada e segura ao paciente. Sabe-se que esta prática à beira leito auxilia na informação subsidiando o planejamento dos cuidados ao paciente de forma objetiva e sistematizada, evidenciando de forma metodológica à tomada de decisões na eficácia dos cuidados com o paciente, facilitando o processo de educação, elaboração de protocolos, treinamento e integração da equipe de enfermagem.

Qualidade e Segurança

RE_116_2011 - Proposta de Aplicabilidade do Modelo Calgary Durante a Hospitalização do Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva NE

Simone Isidoro Prado, Marcia Lucia Verpa de Souza Sasaki, Marcia Giancoli

INTRODUÇÃO: Atualmente os enfermeiros têm buscado constantemente a melhoria na assistência de enfermagem, porém para aplicabilidade deste processo torna-se necessário a utilização de instrumentos teóricos para inserir no processo de cuidar, não somente o paciente mais também à família, na busca de descentralizar o cuidar. O genograma e o ecomapa têm se mostrado como valiosos instrumentos para a compreensão de processos familiares.

OBJETIVO: Compreender através do Modelo Calgary as experiências e as necessidades das famílias durante a hospitalização na unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

MATERIAL E MÉTODO: Este estudo será de natureza descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital geral de grande porte, privado, da cidade de São Paulo.

DESENVOLVIMENTO: Realizaremos reuniões com os pais em sala privativa da respectiva unidade infantil. A técnica utilizada será a observação direta, através da observação da pesquisa de campo e construção do genograma e ecomapa.

CONCLUSÃO: A aplicabilidade de instrumentos de intervenções em famílias, tem sido inserida e utilizada como estratégia de subsidiar o enfermeiro na abordagem e compreensão dos processos familiares e intervenções aos cuidadores. A proposta de inserir o modelo calgary nas reuniões de pais das respectivas unidades citadas está embasada na necessidade de conscientizar os enfermeiros a identificarem e obter a percepção da família como unidade de cuidado no processo saúde-doença durante a hospitalização e lidar com a vulnerabilidade da família.

Avaliação de Tecnologia

RE_118_2011 - Ambiente Virtual de Aprendizagem

Rosângela Araujo Mazzini, Alessandra Marin, Luciana Meira, Helen Maria Benito Scapolan Petrolino, Rubia Cristina Bozza Schwenck, Rodolfo Asafu, Giane Rosi Emann Tavares

Palavras-chave: Treinamentos, Ensino à Distância, Avaliação, Enfermagem e Ambiente Virtual.

Identificação do problema/opportunidade de melhoria

Com o aumento do número de colaboradores associado à necessidade de liberação de salas de treinamento no Instituto de Ensino e Pesquisa e intensa agenda de treinamentos institucionais, viu-se a oportunidade da utilização de ferramentas de ensino a distância. Esta nova estratégia de aprendizagem tem como ganho, associado à otimização do tempo dos enfermeiros que ministram aulas, um melhor gerenciamento das turmas e dos resultados de aprendizagem. Representa ainda iniciação da enfermagem no ensino à distância, uma vez que a plataforma de treinamento estará disponível em 2011.

Solução implantada

Disponibilizadas ferramentas de ensino à distância que permite aos usuários gerir o seu próprio tempo e rever os treinamentos quantas vezes forem necessárias para seu aprendizado de acordo com o seu tempo e disponibilidade de acesso, obter o conteúdo das aulas, assistirem filmes educativos e terem com prontidão o resultado de sua avaliação do conhecimento.

Resultados obtidos

Resultados parciais: A participação no 1º Módulo de treinamento no ano de 2010 foi de 89% demonstrando maior adesão quando comparado aos treinamentos na mesma temática realizados em 2009, com participação de 87% e 80%.

Nos treinamentos presenciais de Suporte Nutricional e de Cuidados com Pele e Curativos houve participação de 82% e 71,0% dos colaboradores de enfermagem respectivamente, enquanto pela plataforma de ensino à distância 89%.

A média de acerto nas avaliações do treinamento de Suporte Nutricional, Cuidados com Pele e Curativos e Sinais Vitais foi de 9,2 para enfermeiros e 9,0 para auxiliares e técnicos de enfermagem. A média de avaliação dos treinamentos presenciais realizados em 2009 foi 8,6 para os enfermeiros e 8,4 para os auxiliares e técnicos de enfermagem, verificando-se, portanto melhor rendimento nas avaliações. A oportunidade de refazer a prova a quem não obteve aproveitamento de 75% é fator a ser considerado.

Resultados finais

Durante o ano de 2009 houve participação de 687 auxiliares e técnicos de enfermagem nas avaliações com média de notas de 8,0 enquanto em 2010 a participação de 1002 com média de 8,4. Em 2009 participaram 204 enfermeiros com média de 8,6 e em 2010 foram 303 enfermeiros com média de 8,4.

Em 2010 os treinamentos do Módulo Básico contaram com avaliação de reação única, ao término do módulo, e demonstraram na soma do critério "excelente e bom": 96% em sua aplicabilidade, 83% da disponibilidade de tutores, 96% de clareza e didática, 98% na qualidade do material didático, 82% sobre o local de realização.

Considera-se esta nova metodologia de ensino com bom resultado de aprendizagem tanto pelos colaboradores quanto pela equipe que ministra os treinamentos, favorecendo ainda a otimização do tempo e de recursos humanos. Melhorias estão previstas para 2011 na nova plataforma de aprendizagem.

Indicadores Assistenciais

RE_119_2011 - Indicador de Flebite: Gerenciamento, Aprendizado e Desafios

Patricia Vendramim, Eliseth Ribeiro Leão, Maria Carmen Martinez

Estudo descritivo e retrospectivo mediante análise dos dados de relatórios do monitoramento institucional do indicador de flebite, no período de out/2007-set/2010, em um hospital privado no município de São Paulo, realizado a partir da experiência da Comissão de Estudos em Flebite (CEF) no gerenciamento desse indicador.

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA: O volume significativo de pacientes submetidos à terapia intravascular nas instituições de saúde, o risco potencial para processos infecciosos graves e o custo tangível e intangível desse evento adverso, justifica seu monitoramento como indicador de qualidade assistencial nas organizações que visam

à melhoria contínua dos processos. SOLUÇÃO IMPLANTADA: a metodologia utilizada foi o PDCA. Várias ações iniciaram o processo de gerenciamento e outras dinamicamente foram sendo inseridas, as quais são descritas cronologicamente a seguir:

Formação de grupo multidisciplinar de estudos que fez a revisão de literatura e desenvolveu o protocolo que inclui identificação dos fatores de risco, diagnóstico e classificação da gravidade do evento, segundo a escala de flebite da *Intusion Nurses Society (INS)2006* e tratamento (out/2007).

Definição do indicador nos moldes do *Center of Disease Control*: n de flebites/ n de acesso vascular periférico-dia (avp-dia) x 1000, desenvolvimento do aplicativo informatizado e de um impresso específico para o registro do monitoramento (nov/2007).

Treinamento da equipe assistencial com alinhamento conceitual, técnico e de logística (dez/2007 e set/2010).

Análise dos dados (jan/2008-set/2010) que consiste em: digitação pelas gestoras das unidades, verificação da consistência pelo Núcleo de Epidemiologia, correções das inconsistências, consolidação e análise estatística com posterior análise crítica do CEF, com disponibilização trimestral de relatórios para o público interno e divulgação científica.

Análise de causa raiz do índice crítico que demonstrou associação entre a troca de dispositivo de punção intravenosa adotada na instituição na ocasião do pico observado (set/2009).

Re-avaliação da meta institucional - não ultrapassar o valor de 14/1000 avp-dia, com base na série histórica de 27 meses (mar/2010).

Busca ativa pela farmácia para identificação de medicamentos mais envolvidos e educação *on the job* (a partir de jun/2010).

Desenvolvimento de diretriz assistencial e algoritmo preventivo e de tratamento (out/2010).

Elaboração de plano de ação de melhoria para 2011 focado em unidades com índices mais elevados.

RESULTADOS OBTIDOS: Os dados compilados em 2008 permitiram verificar que a taxa de 3,6% se encontrava dentro da meta estabelecida pela INS (5%) e conhecer o índice anual de 13,9 por 1000 avp-dia. Em 2009 foi verificada a tendência de diminuição do índice em 6,7, mas ocorreu uma elevação para 20,8 no mês de setembro, com média de 13,2 eventos por 1000 avp-dia. Até setembro/2010 atingimos a meta no índice global de 11,7/1000 avp-dia. O processo de monitoramento deste indicador é desafiador, tendo em vista requerer habilidades criativas, técnicas, intelectuais, de gestão e comunicação de todos os profissionais envolvidos, para o qual a metodologia adotada tem se mostrado exequível.

Qualidade e Segurança

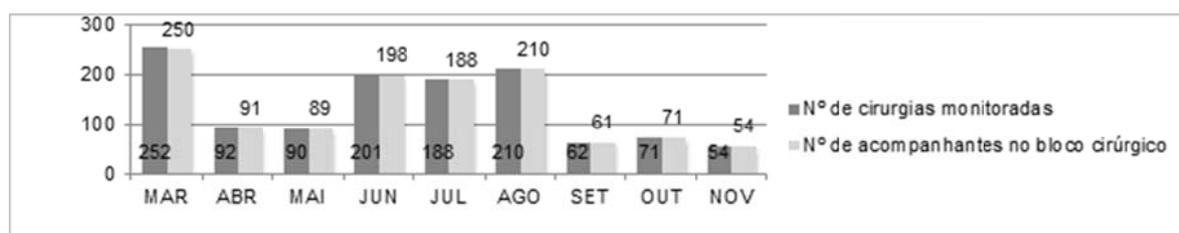
RE_120_2011 - Relato de Experiência: Elaboração e Aplicação do Projeto "Acompanhante Bem – Vindo ao Nosso Centro Cirúrgico", realizado em um Hospital Municipal Infantil

Izís Zumyara Mirvana D'Amico Beijo, Marcia Maria de Souza Cruz

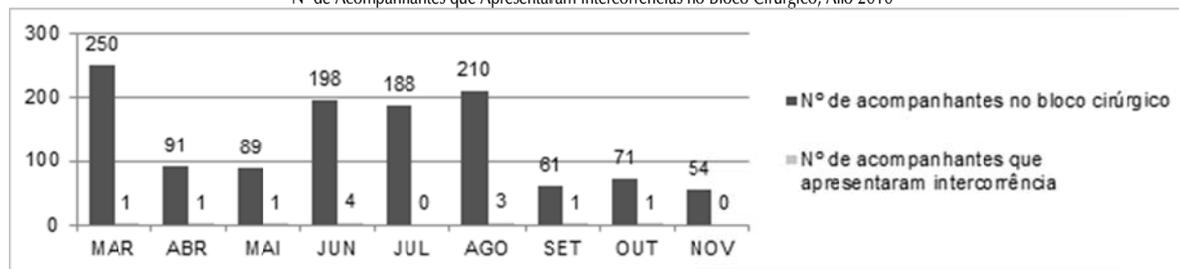
Palavras-chave: Centro Cirúrgico; Acompanhante; Hospital Dia; Recuperação Anestésica; Bloco Cirúrgico

Identificação do Problema: Alguns pacientes pediátricos que seriam submetidos a cirurgia reagem com irritação, choro, medo ao se separarem de seu acompanhante na porta do Centro Cirúrgico, causando impacto negativo para a criança, para o acompanhante e para a equipe de assistência, sentido também no pós-operatório imediato, na sala de recuperação anestésica, quando acordavam sem a presença da mãe. Solução Implantada: Foi elaborado um projeto de melhoria com o nome 'Acompanhante bem vindo ao nosso Centro Cirúrgico' com o objetivo de melhorar o atendimento e a atenção aos nossos pacientes, tornar mais tranquilo o momento da cirurgia e proporcionar uma proximidade entre paciente, acompanhante e a equipe em atuação no Centro Cirúrgico, permitindo que o acompanhante leve o paciente até a porta da sala de cirurgia e permaneça ao lado do mesmo durante a recuperação anestésica. Foi elaborado manual explicativo para os acompanhantes entregue no pré-operatório, realizadas modificações na planta física do bloco cirúrgico para adequar o fluxo, aquisição de mobiliários para acomodar os acompanhantes e sensibilização dos mesmos pela equipe do Ambulatório e do Hospital Dia. Monitoramento:

Nº de Acompanhantes em Cirurgias Monitoradas, Ano 2010



Nº de Acompanhantes que Apresentaram Intercorrências no Bloco Cirúrgico, Ano 2010



Intercorrências: Desmaio, mal estar, crise de choro

Resultados: Depoimentos de pais, pacientes e impressão da equipe que atua no Bloco Cirúrgico: "Gostei de ficar ao lado esperando ela acordar, é muito angustiante ficar do lado de fora" E.S.L, pai de paciente. "Fiquei feliz de abrir o olho e ver meu pai", J.F.L, paciente submetido a procedimento cirúrgico. "Projeto excelente para o conforto e bem estar do paciente, e tranquilidade para os profissionais que atuam no Centro Cirúrgico", equipe do Bloco Cirúrgico.

Qualidade e Segurança

RE_121_2011 - Relato de Experiência: Elaboração e Aplicação do Projeto "Melhorar o controle das solicitações de Serviço de Moto boy".

Aparecido Duarte de Oliveira

Palavras – chave: Comunicação; Monitoramento; Divulgação

Identificação do problema: As solicitações para serviço de Moto boy eram feitas em qualquer horário, muitas vezes pelo mesmo setor. O acondicionamento de amostras a serem encaminhadas, era inadequado e muitas vezes faltavam alguns dados no endereçamento e protocolos de entrega gerando devoluções. A comunicação entre os setores era difícil, gerando inúmeras solicitações sem necessidade, tempo de espera elevado pelo moto boy e risco de extravio de material e utilização de táxi como medida emergencial. Este projeto tem como objetivo aperfeiçoar as solicitações dos serviços de moto boy minimizando sua utilização, melhorar a comunicação entre os setores, garantir a qualidade das amostras enviadas.

Soluções Implantadas:

Reunião com todos os envolvidos para conhecer suas necessidades e otimizando dificuldades, ouvir sugestões e desenhar o fluxograma dos pedidos
 Esclarecimentos e orientações sobre os requisitos para o serviço de moto boy (acondicionamento, protocolos, retorno das caixas de exames, tempo de espera do moto boy)
 Elaboração de uma nova rotina para solicitação do serviço de moto boy em horários pré-determinados
 Monitoramento do tempo de espera do moto boy
 Reuniões extraordinárias para alinhamento do fluxo
 Sensibilização e capacitação da enfermagem para o adequado acondicionamento, endereçamento e protocolo dos pedidos.
 Compra de caixas térmicas para o acondicionamento das amostras
 Divulgação na instituição sobre a rotina e esclarecimento de dúvidas

Resultados:

As constantes solicitações incorretas do serviço de moto boy fora do período estabelecido, teve uma redução significativa em 100%
 As amostras são coletadas próximas ao horário pré-estabelecido
 Não houve mais devoluções de amostras por acondicionamento inadequado
 Foi estabelecido o enfermeiro como referência para solicitação ao setor responsável.
 O tempo de espera em média (moto boy e setor) diminuiu de 50 minutos para 10 minutos.
 O valor do custo com táxi caiu 40% e de serviço de moto boy manteve estável.

Conclusão:

Procedimentos administrativos podem ser otimizados e aprimorados quando os fluxos são definidos em conjunto com as áreas assistenciais.
 As reuniões presenciais facilitaram a compreensão das rotinas e prioridades das áreas de apoio e assistenciais, permitindo a formatação de rotinas que beneficiem a instituição como todo.

Qualidade e Segurança

RE_122_2011 - Relato de experiência: Implantação da Comissão de Segurança do Paciente"

Danillo Schimith, Marcia Maria De Souza Cruz, Luciana Botelho dos Santos

Palavra Chave: Erros de medicação, medicamentos de risco e segurança do paciente

Identificação do Problema: É esperado que o hospital seja um ambiente seguro. Entretanto sabemos que erros ocorrem com frequência muito acima do desejado. Estima-se que ocorram aproximadamente 100.000 mortes/ano devido a erros médicos segundo o Institute of Medicine dos Estados Unidos (2010). No Brasil eventos adversos ocorrem em 7,6% das admissões hospitalares, dos quais 66,7% seriam previsíveis. Estudos prospectivos de um ano de seguimento, realizado em unidades de tratamento intensivo detectou 223 erros sérios, correspondendo a 149,7 erros por 1000 paciente-dia entre eles 11% potencialmente acarretariam risco de morte. Medicamentos foram responsáveis por 78% dos erros sérios. Após alguns eventos ocorridos sentimos a necessidade de implantar uma comissão multidisciplinar para trabalhar as medidas preventivas com objetivo de minimizar erros, danos e prejuízos, despertar no profissional da saúde a percepção de que algo ' está estranho, inadequado ou errado, focando a segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Solução Implantada: Identificação dos medicamentos de risco com etiqueta de cor diferenciada para facilitar a visualização do profissional. Implantação do folheto explicativo com ilustração do medicamento. Implantação de procedimento para acompanhamento do uso de antimicrobiano.

Em julho de 2010 foi constituída a Comissão de Segurança do Paciente composta por médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Foi definido um fluxo de notificação, elaborado um impresso de notificação de casos, incluindo busca ativa de eventos adversos, onde a identificação do notificante não é necessária, instalado nos setores display coletor de fichas de notificação preenchidas, sensibilização da equipe multidisciplinar dos profissionais de saúde para a notificação dos eventos ou quase erros.

Monitoramento:**Resultados:**

- Treinamento dos colaboradores (administração de drogas vasoativas).
- Implantação da prescrição médica informatizada nas Unidades de Internação e UTI (em elaboração).
- Implantação dos kits de medicamento (em elaboração).

Qualidade e Segurança



RE_123_2011 - Utilização de Indicadores de Desempenho nas Farmácias em Instituições de Saúde Gerenciadas por uma Organização Social de Saúde

Angelo Ramos, Márcio Valenta, Ana Paula Abu Jamra, Denise Cezarino

Palavras chaves: Indicadores de Farmácia, Indicadores de Desempenho, Farmácia, O.S.S.

As Organizações Sociais de Saúde (O.S.S) através da lei complementar 846 de 4 de junho de 1998 e na premissa de prestar contas referente ao contrato de gestão a Secretaria do Estado da Saúde, deve assim ser organizada quando aos indicadores de desempenho relacionados ao planejamento estratégico das O.S.S.

Através do acompanhamento de um grupo de discussão de indicadores de farmácia hospitalar de uma Associação de Medicina, foram desenvolvidas algumas metodologias para o monitoramento do processo de farmácia em Instituições Hospitalares.

Foi incluso no estudo a participação de 8 Instituições Hospitalares Públicas de atendimento terciário e gerenciadas pela O.S.S.

Foi desenvolvido o Relatório de Medição, Análise de Desempenho e Ação (RMA) que trata-se da consolidação de ferramentas da qualidade que proporciona o melhor entendimento dos gestores hospitalares quando ao item monitorado, contendo campos para a inserção de fórmula matemática da taxa ou índice, meta, gráficos referentes a taxa ou índice, escrituração de análise crítica e escrituração das ações desencadeadas referentes a análise crítica e as diretrizes administrativas e clínicas dependendo do respectivo processo.

A metodologia da RMA foi implantada para o monitoramento de aproximadamente 10 tarefas do processo da farmácia, dentre ela o índice de intervenções farmacêuticas (análise farmacoterapêutica das prescrições), índice de conferência de prescrições, taxa de notificações de farmacovigilância, taxa de erro de distribuição de medicamentos e materiais, taxa de unitarização de medicamentos, taxa de erros na farmacotécnica hospitalar, taxa de erros de inventário, taxa de interações entre fármaco x fármaco e fármaco x nutriente, taxa de medicamentos não padronizados prescritos, entre outros.

Durante o período de estudo foi solicitado aos gestores das farmácias o envio mensal de um RMA para cada indicador de desempenho onde a Equipe Corporativa de Farmácia ficou responsável pela realização da análise da escrituração e a devolutiva das oportunidades de melhoria quanto a escrituração da ferramenta de monitoramento (RMA).

As equipes farmacêuticas foram treinadas e monitoradas de outubro de 2009 a outubro de 2010 quanto a utilização das RMA.

O treinamento foi constituído de aula inicial presencial com as definições e objetivos, onde os entendimentos dos gestores quanto a escrituração foi monitorado e direcionado mensalmente através do encaminhamento das RMA.

Ao término do período de estudo, verificou-se a melhoria gradativa na escrituração das análises críticas pelos gestores de farmácia decorrente aos feed-back para adequação pela Equipe Corporativa de Farmácia e o entendimento do mesmo profissional quanto à utilização de ferramentas gerenciais. Dentre as principais deficiências encontradas e corrigidas nas RMA durante o período de estudo foram referentes a identificação dos gráficos, a utilização incorreta do tipo de gráfico e o indicador analisado, utilização do campo de análise crítica para informar dados que já constavam no gráfico e a escrituração de ações que foram relacionadas como oportunidade de melhoria na análise crítica. A Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998 regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

A Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998 regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

Qualidade e Segurança

RE_124_2011 - Relato de experiência de implementação de notificação de eventos adversos e o impacto na segurança e qualidade da assistência a saúde.

Ana Carolina Oliveira Filhiolino, Lanuza do Prado Gil Duarte, Flávia F. de Cerqueira, Rosana Navajas, Ivan Mariano Bezerra

Em instituições prestadoras de assistência a saúde eventos adversos não são incomuns. Contudo, divulgar e analisar a causa raiz desses constitui um desafio aos gestores em saúde. Um caminho para a prevenção e mitigação dos eventos adversos, ou seja, da identificação de erros é a auditoria de riscos. Quando se realiza a revisão de cada falha, tende-se, mediante uma recomendação e orientação, a causar um impacto positivo na qualidade do cuidado do paciente que certamente refletirá na evolução e melhoria dos riscos inicialmente percebidos e identificados, no que tange à cultura hospitalar para o gerenciamento de risco.

O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de notificação de eventos adversos implementada no ano de 2009 pela Gestão de Qualidade de uma instituição hospitalar de médio porte, prestadora de atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS), gerida através do modelo de Organização Social de Saúde (OSS).

A metodologia utilizada foi baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), versão 2066. A notificação dos eventos adversos é realizada por meio de um formulário padrão que fica disponível na página Intranet, meio de comunicação institucional. Para a análise das notificações nomeou-se uma Comissão Multidisciplinar de Gerenciamento de Riscos, que realiza reuniões quinzenais. A implementação desse processo envolveu divulgações, reuniões de conscientização e treinamentos com os gestores e os colaboradores da assistência direta e indireta ao paciente.

Entre os anos de 2009 e 2010 foram notificados 440 eventos adversos. Após análise da Comissão de Gerenciamento de Risco foram agrupados em: falhas nos processos assistenciais (76) e em prontuários (72), relativos a processos administrativos (61) e suprimentos de insumos (48), quedas (33), descumprimento às recomendações do serviço de controle de infecção hospitalar (30), erros de medicação (25), descarte inadequado de perfurocortantes (23), falhas em exames (12), problemas na infra-estrutura hospitalar (8), evasão de paciente (8), contaminação de alimentos (8), relativo à assistência médica (5) e a realização de cirurgia em local errado (2) e vinte e nove notificações não foram caracterizadas eventos adversos.

Para que os planos de ações fossem implantados diversos setores foram acionados. Realizou-se revisão e a implantação de novos protocolos assistenciais, procedimentos, fluxogramas e rotinas. Foram desenvolvidos programas de treinamento e capacitação com avaliação de impacto. Em relação à realização de cirurgia em local errado foi implementado o programa de cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde (OMS) que está em desenvolvimento e avaliação de resultados.

A notificação e a análise dos eventos adversos provocam mudança na filosofia da segurança do paciente, na inter-relação nos processos de trabalho, através da melhor interação sistêmica institucional. A gestão de riscos proporciona melhoria da qualidade assistencial, uma vez que evidencia situações que podem causar danos ao paciente. O processo ainda se encontra em aprimoramento. A próxima fase será aperfeiçoar a redução do tempo de resposta entre a notificação e a formulação do plano de ação e divulgar as ações da comissão e os resultados obtidos para a instituição.

Qualidade e Segurança

RE_125_2011 - CASE- Gestão Integrada com Vigilância em Saúde gerando mais saúde a todos

Gustavo Loubet Guimaraes, Luara Spínola

A maior empresa mundial de nutrição, saúde e bem-estar, presente no Brasil desde 1921. Focada em oferecer produtos líderes em qualidade e valor nutricional, que contribuam para uma alimentação equilibrada, a empresa também se preocupa muito com seus colaboradores respeitando-os e valorizando-os. Para isso, ela investe na capacitação contínua e em ações que proporcionem mais qualidade de vida, além de integrar a comunicação com seus profissionais e oferecer benefícios competitivos.

Porém, a empresa gostaria de visualizar o resultado de todos os benefícios oferecidos de forma que pudesse entender o perfil epidemiológico da empresa gerando mais sinergia na gestão da saúde de todos – desde serviços de promoção da saúde, até assistência médica e farmacêutica. Pois a mesma possuía diversos programas de saúde, com um baixo conhecimento sobre a performance dos mesmos, resultando em uma contínua elevação dos custos assistenciais e de medicamentos. Era preciso oferecer aos seus colaboradores programas de saúde com a mesma qualidade que eles exigem de seus produtos, então a empresa resolveu contratar a única empresa de Sistema de Gestão Integrada com Vigilância em Saúde do Brasil.

Para tanto, em outubro de 2008 foi desenvolvido o Programa de Monitoramento Populacional de Risco, que gerencia a população, priorizando algumas doenças crônicas e condições de impacto (tais como depressão e lombalgia, consideradas situações que podem evoluir para quadros de problemas crônicos) definidas a partir do mapeamento de saúde desta população. Este modelo permite a atuação sobre um amplo percentual da população, visando resultados de curto, médio e longo prazo.

O Programa beneficia 1.200 colaboradores dentre um escopo de 13.000 vidas, dispersas no estado de São Paulo, visando a melhoria da qualidade de saúde e de vida dos participantes e a racionalização dos custos assistenciais (plano de saúde e medicamentos). O escopo inclui monitoramento telefônico e presencial regular; materiais educacionais com foco nas condições individuais dos participantes; acompanhamento das internações; central de atendimento disponível todos os dias para o atendimento de urgências, formada por equipe multidisciplinar de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos) e apta para atender intercorrências e evitar passagens desnecessárias pelo pronto-socorro. Todo o processo de monitoramento visa capacitar o paciente para melhor administrar sua saúde e usar os recursos disponíveis de modo mais responsável e diligente.

Os resultados são medidos periodicamente e foram divididas em três níveis de avaliação: Clínica, Operacional e Financeira. Clinicamente a população atingiu a estabilização de indicadores como pressão arterial e hemoglobina glicosilada (diabetes); aumento do número de pessoas em cerca de 5 vezes que fizeram exames preventivos para diagnóstico de hipertensão, dislipidemia e diabetes; e um aumento de cerca de 25% da adesão ao tratamento medicamentoso, com redução dos custos médicos. Financeiramente registramos uma economia líquida de 7,5% na população do Programa e economia líquida sobre toda a população de 4%.

Ainda temos a aceitação do programa pela população monitorada que demonstrou muita satisfação através de pesquisas – 97% das pessoas classificam o programa como bom ou ótimo e 97% recomendariam o mesmo para amigos e familiares. Todas estas evidências indicam que o programa é um grande sucesso.

Qualidade e Segurança

RE_127_2011 - Relato de Experiência: Elaboração e Aplicação do Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem Ambulatorial em Diabetes (SAE-AD) em um Hospital Pediátrico Municipal

Jocely Christina Aquino da Silva Dos Santos, Solange Rocha Domingues

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Assistência de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Sistematização de Enfermagem.

Identificação do Problema: Atualmente o atendimento de enfermagem da criança e adolescente com Diabetes melitus do tipo1, é realizado no ambulatório de especialidade e em caso de paciente internado, a equipe médica solicita orientação do enfermeiro do ambulatório. Outra forma também de se identificar os principais problemas existentes é através da dinâmica do programa educativo de diabetes. A consulta de enfermagem anteriormente era realizada sem critério, registrava-se a informação e a intervenção de enfermagem no impresso de evolução do paciente. Verificou-se então a necessidade de um impresso específico para anotação do atendimento da consulta de enfermagem direcionada ao paciente diabético.

Solução Implantada: O objetivo principal é desenvolver um instrumento sistematizado de consulta de enfermagem para paciente diabético. Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica no início de maio de 2010, referente à sistematização de enfermagem em diabéticos. Após análise dos dados coletados resultou na Sistematização da Assistência de Enfermagem Ambulatorial de Diabetes (SAE-AD). Este instrumento é composto de: a) Histórico de Enfermagem, onde se realiza a coleta de dados em forma de check list e perguntas abertas acerca da saúde do paciente diabético; b) Diagnóstico de Enfermagem que foi elaborado com base na taxonomia de NANDA; c) Intervenção de Enfermagem onde o enfoque é a orientação individual através de atividades educativas enriquecidas com o uso de recursos visuais e materiais de apoio para facilitar o aprendizado; d) Prescrição de Enfermagem que consiste na recomendação dos cuidados que devem ser dispensados pelo enfermeiro com base na determinação prévia das necessidades básicas afetadas; e) Evolução de Enfermagem se dá no momento do retorno, compreende a verificação da qualidade do cuidado de enfermagem prestado no setor de saúde.

Monitoramento: A aplicação do instrumento permitiu conhecer o perfil dos pacientes atendidos no hospital e suas principais dificuldades com a doença como: Conhecimento deficiente sobre alimentação (na contagem de carboidratos); insulinoterapia (devido ao medo, não fazem o rodízio correto da aplicação, desenvolvendo a lipodistrofia); controle de glicemia capilar (forma incorreta da monitorização e o uso do aparelho de glicosímetro); armazenamento da insulina (má conservação da insulina); aquisição de insumos (falta de informação, de como adquirir o material e o medicamento na rede pública de saúde) e adesão da família no tratamento do paciente (não comprometimento por parte do cuidador).

Resultado: Com o instrumento foi possível obter informações necessárias para oferecer um atendimento de qualidade ao paciente/família e iniciar a SAE-AD nesse cenário, visto que, até este momento, a consulta de enfermagem era realizada de forma assistemática. Neste sentido, os resultados obtidos favoreceram o direcionamento da assistência com base no processo de enfermagem, fornecendo protocolos válidos e confiáveis para a prática profissional.

Indicadores Assistenciais

RE_128_2011 - Indicadores Hospitalares: Análise de Concordância

Christiane de Fátima Tavares, Maria Thereza Coelho Papatela Jabour, Elisabete Costa Reis Dutra, Helídea de Oliveira Lima

Discussão estruturada sobre qualidade da assistência médica no Brasil é recente. Donabedian propôs a análise da qualidade da assistência médica em 3 dimensões: estrutura, processo e resultado. Têm sido inúmeras as críticas sobre um enfoque estrutural exclusivo. Medidas de processo geralmente focalizam casos individuais e utilizam dados dos prontuários médicos, tendo sua validade dependente da qualidade desses prontuários, o que traz limitações à interpretação. Apesar das limitações do uso de resultados na avaliação na qualidade da assistência, há uma renovação permanente do interesse nesta utilização. As avaliações de desempenho dos hospitais dependem do desenvolvimento de indicadores sensíveis, válidos e viáveis para as dimensões priorizadas, e de identificação de parâmetros que permitam diferenciar os desempenhos dos serviços sob análise. Este estudo busca definir, através de análise de concordância entre sistemas de monitoramento e estudos nacionais, quais os indicadores mais utilizados como referência para avaliação de desempenho hospitalar no Brasil. Desta forma, procura-se embasar a contratualização de resultados junto aos hospitais que estabelecem vínculo contratual junto à Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Foi realizada revisão bibliográfica e selecionados estudos que apresentavam referência a sistemas de monitoramento periódico de indicadores hospitalares no Brasil. Entre os estudos e sistemas relacionados ao monitoramento de indicadores hospitalares analisados, o CQH apresentou 34 indicadores, o SIGAGEH apresentou 14, o PROAHSA listou 17, a ANAHP 89, o Manual de Indicadores Pro Hosp listou 99 indicadores e a Resolução SES 2033 listou 11 compromissos. Os indicadores que apresentaram 2 ou mais concordâncias entre as bases de dados totalizaram 23, sendo estes: taxa de cesáreas (6 concordâncias); tempo médio de permanência, taxa de acidente de trabalho, índice de treinamento, taxa de absenteísmo, taxa de ocupação hospitalar (5 concordâncias); taxa de rotatividade de pessoal, taxa de mortalidade institucional (4 concordâncias); taxa de infecção hospitalar por cateter venoso central em UTI, relação enfermagem/leito, tempo médio de permanência por clínicas, relação enfermeiro/leito, taxa de cesárea em primíparas, taxa de satisfação dos clientes (3 concordâncias); taxa de densidade de infecção hospitalar, taxa de infecção hospitalar, taxa de cirurgia suspensa, índice de intervalo de substituição, taxa de mortalidade hospitalar, índice de renovação, protocolos clínicos implantados, relação pessoal/leito, taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio (2 concordâncias). Indicadores que não se repetiram em mais de um estudo ou sistema de monitoramento não foram utilizados na análise descritiva. A existência de propostas sistematizadas e com definição dos indicadores nos sistemas de monitoramento da atenção hospitalar a partir dos anos 90 no Brasil, se constitui em etapa importante na gestão dos serviços e regulação do sistema público e do privado. No entanto, enquanto essas propostas não passarem por processos de pactuação mais ampliados e não forem incorporados ajustes para as características diferenciadas dos hospitais e dos pacientes atendidos, esses indicadores serão de utilidade limitada no estabelecimento de parâmetros que permitam análises comparativas da qualidade da assistência prestada e o dimensionamento do impacto da assistência hospitalar sobre a saúde da população. A partir da análise realizada neste estudo, destaca-se um conjunto de indicadores com maior concordância entre os estudos e sistemas de monitoramento nacionais, com a principal intenção de conferir maior embasamento à contratualização realizada entre a SES-MG e os hospitais do Estado de Minas Gerais, bem como propiciar maior potencial de comparabilidade com dados de hospitais de outros estados brasileiros. Impacto ampliado desta análise pode ser considerado, já que esta pode favorecer o desenvolvimento de outros sistemas de monitoramento de indicadores hospitalares, tanto privados quanto públicos, ampliando o potencial comparativo e identificação de melhores práticas no território nacional. Ressalta-se a importância da sistematização do processo de coleta e lançamento dos dados, de forma a conferir maior confiabilidade na análise dos indicadores.

Qualidade e Segurança

RE_130_2011 - Garantindo a Qualidade e a Segurança no Processo de Isolamento para Doenças Infecciosas

Luciana Botelho dos Santos, Sonia Regina Testa da Silva Ramos, Walter B. Giovanini Amorim, Juliana de Souza

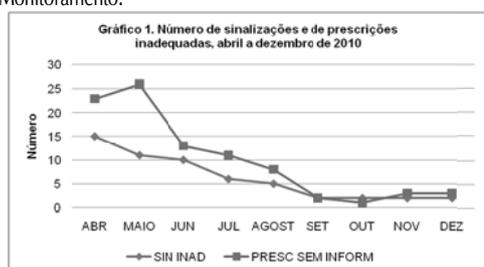
Identificação do Problema:

A forma de transmissão das doenças e as medidas preventivas são conhecidas há muito tempo. Entretanto, ainda hoje encontramos dificuldades na implementação das medidas de precauções e isolamento nos serviços de assistência à saúde. Com o objetivo de melhorar a operacionalização das normas de precaução e isolamento para doenças infecciosas na instituição, foi realizada uma avaliação prospectiva por meio de observação direta da sinalização e registro das prescrições médicas, para todos os pacientes internados sob orientação de isolamento. Onde foi evidenciado inadequações em relação à ausência de sinalização ou o uso de placa inadequada para o tipo de doença e prescrição médica sem informação ou suspensão do isolamento para doenças infecciosas.

Soluções Implantadas

- Confeção de um instrumento de coleta de dados para verificar as inadequações e dificuldades das unidades de internação em relação às normas de precaução e isolamento das doenças infectocontagiosas.
- Realizado uma pré-análise no período de abril e maio de 2010, para verificar as inadequações existentes em relação ao processo de isolamento.
- Análise, tabulação e apresentação dos dados da pré-avaliação às equipes assistenciais.
- Orientações educativas in loco junto às equipes assistências.
- Treinamento das normas de precauções e isolamento.
- Monitoramento contínuo das prescrições médicas e sinalização dos quartos com indicação de isolamento.
- Divulgação mensal dos dados coletados para os profissionais das áreas assistenciais.
- Revisão e disponibilização das recomendações de precaução e isolamento em todos os setores assistências.

Monitoramento:

n
nto

Resultados:

- Com o acompanhamento diário do seguimento das normas de isolamento e orientações as equipes assistenciais, foram verificadas melhora progressiva na sinalização dos quartos com indicação de isolamento e prescrição médica com o registro de informação dos isolamentos. Utilização adequada e racional dos equipamentos de proteção individual.

- Melhora na comunicação entre a equipe médica e enfermagem em relação ao seguimento das normas de precaução e isolamento.

Palavras-chaves: Doenças infectocontagiosas, isolamento, normas de precaução e isolamento, treinamento.

Indicadores Assistenciais

RE_133_2011 - Avaliação de Conhecimento dos Treinamentos da Equipe de Copa

Érika Suiter, Adriana Yamaguti, Ariane Nadólskis Severine, Ana Lúcia Chalhoub Chediác Rodrigues

Palavras-chave: avaliação pré-treinamento, conhecimento, treinamento de equipe de copa

Identificação do problema

A área de Educação Continuada do Serviço de Alimentação do Hospital Sírio Libanês no ano de 2009 avaliava o resultado da retenção do conteúdo dos colaboradores de copa após ministrar cada treinamento, porém o resultado desta avaliação não pode ser vista isoladamente e sim como uma proposta de ensino que traga transformação de determinada situação.

Solução implantada

Em abril de 2010 foi implantada avaliação para medir o grau de conhecimento dos colaboradores antes do treinamento, tendo como objetivo avaliar o conhecimento da equipe de copa pré e pós- aplicação do treinamento. É fundamental compreender quais variáveis efetivamente afetam o resultado do treinamento no trabalho, para que os responsáveis possam intervir no sistema de treinamento visando torná-lo mais efetivo. A avaliação de retenção de conhecimento, assim compreendida, não se limita, portanto, apenas ao aspecto do rendimento, devendo estar vinculada às políticas e programas educacionais, visando o aprimoramento das ações propostas em determinado contexto.

No dia 20/04/10 iniciou-se a aplicação da avaliação de conhecimento pré – treinamento, através de questões de múltipla escolha sobre o assunto a ser abordado naquele mês. Nos dias 26, 27 e 28/04/10 aplicou-se o treinamento com base nos resultados da avaliação pré-treinamento que representaram maior dificuldade ou desconhecimento por parte da equipe. A partir deste mês esta ação foi instituída para os próximos treinamentos, auxiliando assim na elaboração dos mesmos.

Resultados obtidos

A partir de Abril foi implantada uma ação de melhoria com objetivo de avaliar o conhecimento dos colaboradores de copa pré treinamento e conseqüentemente elaborar o conteúdo dos treinamentos a serem aplicados, baseado nos resultados das avaliações.

Os resultados evidenciados no mês de abril demonstraram que aplicação da avaliação pré treinamento auxiliou na elaboração do conteúdo ministrado, levando uma retenção do aprendizado em 100% de aproveitamento pós treinamento.

O objetivo da ação de melhoria proposta foi atingido e inserido na rotina, para avaliar o grau de conhecimento do tema e conseqüentemente auxiliar na elaboração do treinamento.

Indicadores Assistenciais

RE_134_2011 - Impacto de implantação de protocolo prospectivo para detecção precoce de pacientes com sepse em hospital público

Gisela De Conti Ferreira Onuchic, Rosiane Juliane Ortigoza, Cláudia Elena da Silva Nassif, Eliane R. Zambelli Mesquita de Oliveira

Identificação do Problema: A sepse vem apresentando altos índices de mortalidade no país (60% dos casos), mostrando-se acima da média mundial já muito alarmante (30 a 40% dos casos). O diagnóstico tardio dos sinais e sintomas da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) é um dos fatores que contribuem para o alto índice de insucesso no cuidado desses pacientes. No hospital público em questão estava em andamento desde 2007 a implantação de protocolo de manejo dos casos de sepse, mas ainda assim verificou-se durante o ano de 2008 a ocorrência de 2 mortes em pacientes puerperas. A maternidade realiza em média 190 partos/mês, atendendo pacientes com gestação de alto risco. Através da análise da Comissão de Óbitos e da discussão dos casos como eventos-sentinelas, evidenciou-se necessidade de reforço na maior divulgação da importância da detecção precoce e atendimento preferencial dos casos de SIRS internados no hospital, principalmente em unidades assistenciais não críticas. **Solução implantada:** Ênfase no protocolo institucional para sepse com participação das diferentes equipes assistenciais do hospital, privilegiando a atuação multidisciplinar. Elaboração do fluxograma de atendimento para os pacientes desse grupo, com foco na divulgação intensa dos sinais e sintomas iniciais valorizados para triagem dos pacientes a serem incluídos no protocolo. Os sinais são de simples obtenção pela equipe de enfermagem (taquicardia, taquipnéia, febre, hipotermia, leucocitose ou leucopenia) que deve notificar o médico imediatamente ao observar a ocorrência de 2 ou mais deles em qualquer paciente internado. O treinamento das equipes e a padronização dos papéis de cada classe profissional foram reforçados visando ação conjunta para o adequado atendimento de cada paciente. **Metodologia:** Desenvolvimento de ficha de acompanhamento prospectivo do paciente selecionado para este protocolo institucional, com escolha e padronização dos indicadores de resultado. Desenvolvimento de planilha de análise contínua dos indicadores escolhidos com divulgação periódica dos resultados institucionais. **Resultados obtidos:** Houve adesão de todas as classes profissionais às recomendações para atenção aos sinais de SIRS com aumento da abertura de fichas de triagem, aumento da continuidade e adequação das medidas padronizadas no protocolo e diminuição da mortalidade nos pacientes desse grupo com grande impacto principalmente no setor de Ginecologia-Obstetrícia.

Número de fichas abertas	2008	2009	2010
Ginecologia Obstetrícia (CO+enf.)	03	46	49
Todo Hospital	22	328	335

Mortalidade nos pacientes do grupo sepse	2008	2009	2010
Ginecologia-Obstet. (CO+enf.)	-	2,3 %	0,0%
Todo Hospital	38,5%	32,5%	26,1%

Qualidade E Segurança

Re_135_2011 - Melhorias de Processos após Implantação de um Setor de Orientação e Convocação de Pacientes em Serviço de Imagem em Instituição Pública de Saúde

Elizabeth da Costa Jóia ,Luciana Paula de Souza Martins

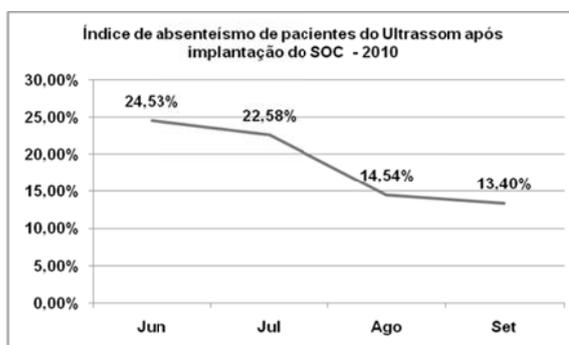
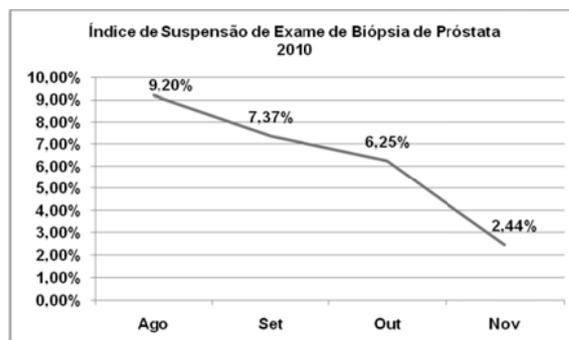
Palavras-Chave: Ultrassonografia; Consulta de enfermagem; Biópsias de próstata; Agendamento; Índice de absenteísmo, Melhoria de Processos, Qualidade.

Identificação do problema: A fim de aprimorar o monitoramento sobre as causas e motivos pelos quais os pacientes eram convocados a complementar seus exames e implementar um modelo que integrasse o controle dos riscos, diminuição do retrabalho e da exposição do paciente à radiação, foi criado o Setor de Orientação e Convocação de Pacientes - SOC em julho de 2010. Objetivos: obter informações estratificadas que apontassem os principais motivos pelos quais os pacientes eram convocados a complementar seus exames/procedimento; diminuir o índice de convocação via indicadores assistenciais; intervir no alto índice de absenteísmo de pacientes do serviço de Ultrassonografia, centralizar as informações que possibilitassem aos gestores tomar decisões para promoções de melhorias de processos. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de implantação de um setor de orientação e convocação de pacientes de um Serviço de Imagem, através de um levantamento realizado em julho de 2010, no setor de Ultrassom, que detectou alto índice

de absenteísmo de pacientes e também com a implantação de um formulário pré e pós consulta de enfermagem, realizado pelo profissional enfermeiro do SOC nos procedimentos de biópsias de próstata. Resultados: Como resultados tivemos a redução do índice de absenteísmo de pacientes no serviço de ultrassonografia que em junho era de 24,5% e após três meses chegou a 13,40% em setembro do mesmo ano, resultado da atividade de ligar para os pacientes da agenda do serviço de Ultrassom, com dois dias de antecedência, avisando de seus exames e por consequência tivemos também o controle do índice das vagas liberadas e a realocação de um novo paciente para tal vaga. Com a implantação da consulta de enfermagem para os pacientes no procedimento de biópsia de próstata, foi observado que o número de exames suspensos em agosto, que era de 9,20% caiu para 2,44% em novembro.

Os principais motivos que levaram a suspensão desses exames eram que os pacientes vinham sem preparo adequado, resultante de uma falta de orientação, principalmente nas questões sobre a profilaxia medicamentosa e jejum para a realização do exame. Conclusão: Com essa

intervenção a Instituição conseguiu diminuir o tempo de espera para marcação do exame de biópsia de próstata dos pacientes ambulatoriais, bem como orientar os pacientes na pré consulta e acompanhar a evolução dos mesmos no pós biópsia assegurando que o paciente realizasse o exame com segurança e que tivesse um acompanhamento das principais intercorrências. Na perspectiva de melhorar a qualidade do Serviço, a Instituição buscou mecanismos para obter informações que subsidiassem na tomada de decisões estratégicas e também favorecesse na alocação de recursos públicos de maneira efetiva.



Indicadores Assistenciais

RE_136_2011 - Atendimento Multiprofissional aos Pacientes Internados no Pronto Atendimento

Érika Suiter, Adriana Yamaguti, Ana Lúcia Chalhoub Chediác Rodrigues, Ariane Nadólskis Severine, Daniella dos Santos Galego, Márcia Boessio dos Santos, Cibele Valva Venditti

Palavras-chave: Atendimento PA, atendimento multiprofissional

Identificação do problema

Até setembro de 2009, o fluxo de atendimento do Serviço de Alimentação (S.A) aos pacientes do Pronto Atendimento (PA) era realizado através do contato da enfermagem com o Setor de Produção de refeições na cozinha do SA e em determinados horários com a copa da UTI. Nos casos de dieta específica o nutricionista era acionado para realizar a conduta dietoterápica.

Solução implantada

As ações para melhoria do processo foram:

1. Padronizar o atendimento do S.A (acompanhamento nutricional, orientações de dietas) aos pacientes do Pronto Atendimento, com profissional de referência no período manhã e tarde;

2. Determinar o fluxo de atendimento deste profissional;

3. Planejar uma copa próxima ao setor de Pronto Atendimento para agilizar o atendimento aos pacientes e facilitar o fluxo de distribuição das solicitações.

Em 09/10/2009 o Serviço de Alimentação (S.A) iniciou com o atendimento nutricional aos pacientes do P.A, através do nutricionista de referência nos períodos da manhã e tarde de segunda à sexta-feira, e aos finais de semana e feriados o atendimento foi direcionado ao nutricionista de plantão. Foram criados impressos para registro das solicitações e informações dos pacientes, para a copa e nutricionista, facilitando a comunicação entre as equipes de copa e produção, reduzindo o risco de erros no atendimento e proporcionando a criação de um banco de registros de atendimento. Devido à distância entre a copa da UTI e o PA, havia demora de atendimento e visando melhoria neste sentido, foi criada uma copa exclusiva para o atendimento aos pacientes na reestruturação física do PA. Para os pacientes aguardando internação o padrão de atendimento se manteve com refeições completas, de acordo com a prescrição médica e avaliação do nutricionista. Nos meses de fevereiro de 2010, observou-se um aumento do número de pacientes aguardando internação no PA por mais de 24 horas, necessitando de um acompanhamento nutricional. Em março, iniciou-se o atendimento do nutricionista a estes pacientes de "Longa Permanência". Em abril de 2010, foi inaugurado o setor de atendimento infantil do PA. Para tanto, foi desenvolvido um padrão de lancheiras específico para pediatria.

Resultados obtidos

Após a abertura da Copa do PA em dezembro de 2009, observou-se uma maior agilidade no atendimento às solicitações de dieta, e o tempo médio de atendimento atingiu 10 minutos, reduzindo as queixas de atraso de entrega de dieta. Observou-se também maior entrosamento e comunicação mais efetiva, entre as equipes de Enfermagem e Nutrição.

Conclui-se que a parceria entre as equipes de enfermagem e de nutrição é percebida através dos elogios registrados no Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), evidenciando a importância do trabalho multiprofissional no atendimento nutricional dos pacientes.

Avaliação de Tecnologia**RE_137_2011 - Central de Laudos proporciona qualidade em Diagnostico por Imagem com agilidade e segurança na Saúde Pública**

Miriam Dias Blom, Claudomiro B.M.Aguiar

Tendo como experiência a administração, em modelo OSS, de 09 Unidades de Saúde Públicas Estaduais e 50 Unidades Públicas Municipais, a instituição responsável pela experiência narrada neste texto, sempre buscou adequar e criar serviços que pudessem reverter na melhoria do atendimento da população. Para o SUS, a Radiologia é um dos serviços mais caros e com uma grande demanda reprimida, levando a uma baixa resolutividade. Sem falar no tempo médio que o paciente leva para agendar (30 dias), realizar e receber o laudo (mais 30 dias) de um exame radiológico de alta complexidade no Brasil. Neste cenário, visando minimizar parte das questões acima citadas, em fevereiro de 2009 foi apresentado um Projeto para a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, que consistia numa proposta que racionalizava recursos financeiros, tecnológicos e humanos para a criação de uma Central para a emissão de Laudos Radiológicos à Distância. Este Projeto foi aprovado em maio e entrou em operação em agosto do mesmo ano. Trata-se da primeira Central de Laudos Digitais da América Latina, totalmente criada com recursos públicos para atender exclusivamente ao SUS. Abrange atualmente 09 Unidades de Saúde na capital e na Grande São Paulo, realizando 70 mil exames/mês de Raios X, Mamografias, Tomografias, Ressonâncias Magnéticas e Ultrasonografias, além de armazenar imagens de Ecografias e Endoscopias.

A conexão das Unidades a esta Central faz-se por 22 antenas de rádio de uso exclusivo e atualmente está agregando fibras óticas à transmissão de uma nova Unidade a 300 km da capital e utiliza o PACS (Picture Archiving Communications System), além de um sistema de gestão (SCL) criado pelo parceiro tecnológico, exclusivamente para este fim. Em seu contrato de gestão, além das metas de produção de exames foi definido que o tempo máximo de captação da imagem da Unidade para a Central teria que ser em até 10 minutos e o laudo devolvido em até 4 horas.

Desde sua inauguração oficial, em outubro de 2009, a evolução do serviço apresenta resultados efetivos e tendências favoráveis à qualidade e segurança do processo. Com 09 unidades em funcionamento (05 Hospitais e 04 Ambulatórios) e 01 Hospital em implantação, a Central cresceu durante o ano de 2010 mais de 50% no total da sua produção inicial. Neste mesmo período evoluiu para 99% o tempo de captação das imagens pela mesma com período inferior a 10 minutos após o envio pela Unidade Usuária e 99,5% de devolução dos laudos médicos em até 4 horas.

Os benefícios do serviço vão além dos já citados, a saber: equipes de médicos radiologistas especialistas alocados 24 horas, 365 dias/ano; disponibilização de exames de alta complexidade, redução de custos operacionais, diminuição de resíduos químicos ao meio ambiente devido à eliminação dos filmes radiológicos; renovação do parque de equipamentos médicos, disponibilidade do acervo de exames anteriores de pacientes e o diagnóstico precoce, além de maior segurança e qualidade de todo o processo. Com missão e visão claras o serviço consegue suprimir distâncias e tornar acessível o Diagnóstico Por Imagem a um número muito maior de pessoas. O resultado foi tão imediato, que com apenas 6 meses de funcionamento da 1ª Central, a SES já criou mais outras duas.

Acreditação**RE_138_2011 - Treinamento Admissional e Acompanhamento do Desenvolvimento de Profissionais Assistenciais de Nível Superior (Nutricionistas, Fisioterapeutas, Farmacêuticos e Enfermeiros)**

Érika Suiter, Ana Lúcia Chalhoub Chediác Rodrigues, Ariane Nadólskis Severine, Katley Scarparo Morini Carrasco, Ana Ligia Vasconcellos Maida, Antonio Eduardo Antonietto Junior, Claudia Seiko Kondo, Debora Cecilia Mantovani Faustino de Carvalho, Elaine Luiza Bressan Guidotti, Eliana Marques Reis Lisboa, Helen Maria Benito Scapolan Petrolino, Leonice dos Santos, Wellington Pereira dos Santos Yamaguti

Palavra Chave: Treinamento admissional, desenvolvimento profissional, equipe multiprofissional

Identificação do problema

Desde as reuniões iniciais do Fórum de Educação (dezembro/2008) os processos educacionais têm sido revistos (exemplos: listas de presença, carga horária mínima para se considerar treinamento, conceito de treinamento, tipos, entre outros) para buscar alinhamento entre as diversas ações e áreas que provêm educação. Neste contexto, é importante revisar o processo admissional e de acompanhamento de colaboradores assistenciais de nível superior pelas áreas de Educação Continuada existentes, em parceria com a área de Desenvolvimento Organizacional.

Atualmente, os processos de treinamento admissional na área de trabalho e acompanhamento são realizados de forma independente para cada setor. Observa-se a necessidade de melhoria, padronizando partes deste processo e trazendo um conceito único de educação.

Solução Implantada

O objetivo desta melhoria é garantir o alinhamento das ações educacionais, desde o processo de admissão do colaborador assistencial de nível superior até o acompanhamento contínuo de seu desenvolvimento.

Como perspectiva futura, o modelo que será aplicado aos nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e enfermeiros poderá ser reproduzido aos demais colaboradores da Instituição. Esta perspectiva também contempla um dos objetivos estratégicos que é desenvolver competências e reter talentos.

No final de agosto foram identificados como pontos comuns dos processos das áreas de Educação Continuada.

Em setembro foram elaborados os modelos de avaliação técnica dos médicos anestesiologistas e médicos CLT. Também foi elaborado o roteiro de acompanhamento e avaliação de desempenho para a fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas, direcionado ao período de experiência. Os próximos passos que serão realizados de outubro a novembro são: definição e aplicação de prova de conhecimentos técnicos para fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e médicos.

Resultados Obtidos

Acompanhar resultados da avaliação pós-treinamento admissional: a partir dos resultados, o colaborador receberá feedback sobre seu desempenho durante o período de experiência e ações de desenvolvimento podem ser necessárias.

Acompanhar anualmente as avaliações de conhecimento técnico dos profissionais ativos: de acordo com os resultados da avaliação, serão identificadas necessidades de desenvolvimento individuais de colaboradores com nota abaixo da média e/ou necessidades de desenvolvimento do grupo. A revisão destas diversas ações de educação e acompanhamento permite a união dos esforços das áreas de educação continuada, integração, alinhamento e padronização dos processos.

Qualidade e Segurança

RE_139_2011 - Relato de Experiência: Legionella, doença do legionário, risco sanitário, hospitais, pneumonia.

Iuan Ferraz Souza

A bactéria do gênero Legionella encontra-se em ambientes aquáticos naturais e também em sistemas artificiais, como redes de abastecimento/distribuição de água, redes prediais de água quente e torres de refrigeração existentes em edifícios, notadamente em shoppings e hospitais.

A exposição a esta bactéria se faz pela inalação de aerossóis de água (micro gotas) e pode provocar uma infecção respiratória. A doença atinge em especial os idosos e indivíduos com baixa imunidade, sendo conhecida por 2 formas: doença dos Legionários (mortalidade entre 15 e 20%) ou a gripe de Pontiac (forma benigna).

A doença tem ocorrido sob a forma de casos esporádicos ou de surtos epidêmicos, como na cidade de Múrcia – Espanha (360 000 habitantes), onde 800 casos foram identificados e 6 mortes confirmadas no ano de 2001.

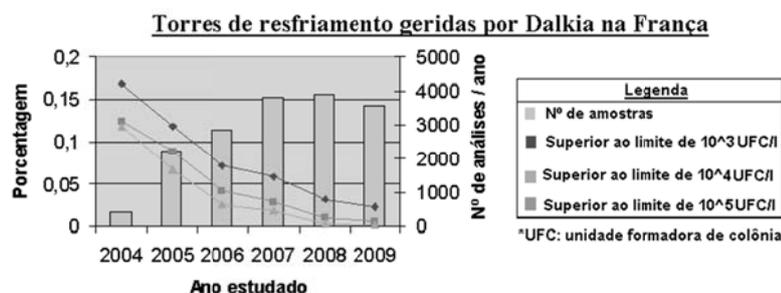
Países desenvolvidos apresentam legislação e agências especializadas no controle desse grande problema de saúde. No Brasil, não há vontade política para esse tema, sendo estimados 6000 óbitos por ano.

A empresa Dalkia é envolvida na climatização, na gestão de redes de água quente e fria em hospitais e estabelecimentos de grande aglomeração. Assim, os riscos sanitários e a qualidade do ar de interiores é uma grande preocupação do grupo francês, o qual adota desde 2004 um plano de prevenção contra o risco de desenvolvimento bacteriológico de Legionella.

Primeiramente realiza-se uma análise de risco através da classificação das instalações consideradas de risco para o desenvolvimento da bactéria e adotasse uma série de recomendações mecânicas e operacionais. A gestão do risco é feita com base em análises de amostras coletadas regularmente e a limpeza e higienização do sistema em caso de contaminação.

Adotamos como primeiro limite de alerta, o valor de 10^3 UFC/l. Para o limite de 10^5 UFC/l é bloqueado o funcionamento da torre para dreno, limpeza e desinfecção.

Tais medidas permitiram uma melhora clara no controle do risco de Legionella como evidenciado pela figura abaixo. Apesar do aumento do número de análises realizadas no período, os valores que ultrapassaram os limites estipulados diminuíram consideravelmente.



Nosso objetivo é realizar nosso dever de responsabilidade civil alertando a sociedade sobre esse risco sanitário com base na experiência e resultados obtidos por nossa sede na França e no controle que realizamos nas unidades brasileiras desde 2005.

Qualidade e Segurança

RE_140_2011 - Estratégias de atuação proativa nas questões regulatórias: a experiência do Núcleo de Assuntos Regulatórios de uma Operadora de Saúde na melhoria da qualidade rumo a acreditação

Elaine Zanon Ferreira, Natalia Karoline Silva, Juliana Antunes Almeida, Ana Paula Franco Viegas Pereira, Fabio Leite Gastal

Palavras Chave: Acreditação, Processos, Qualidade, Regulatório, Gestão, IDSS, ANS, Operadora.

Em onze anos de existência, a ANS vem ampliando sua atuação de um modelo de fiscalização para um modelo de qualificação de processos visando garantir a entrega e a qualidade do produto/serviço para o consumidor, rumo a acreditação.

De um modo geral, essa movimentação, inicialmente, foi entendida pelas operadoras e tratada apenas como cumprimento legal de normas, sujeito às sanções e multas. Analisando essa tendência e percebendo-a como uma oportunidade, a Operadora definiu a atuação proativa nas questões regulatórias como um objetivo estratégico e instituiu o Núcleo de Assuntos Regulatórios (NAR). As principais atribuições dessa área são avaliar, apresentar e discutir o tema regulatório na Operadora e atuar junto às áreas de negócios para qualificar processos, sistemas e informações sujeitos à normatização, preparando para a acreditação.

A partir de 2008, foi iniciado na Operadora um Projeto Corporativo, coordenado pelo NAR, para promover mudança na cultura da empresa que tratava de forma fragmentada os processos e as informações regulatórias. Esse núcleo vem mobilizando e coordenando as áreas de negócios, através de um Grupo Técnico Multidisciplinar, acompanhando a agenda da ANS, possibilitando a atuação proativa nos eixos regulatórios e alavancando as ações para cumprimento das diretrizes da reguladora.

O NAR estabeleceu pontos de controle de qualidade das informações desde a coleta de dados até o envio à ANS proporcionando a integração dessas informações que se encontravam pulverizadas nas diversas áreas da empresa. Essa pulverização gerava um alto risco de inconsistência das informações apresentadas em atendimento às exigências regulatórias. Através do monitoramento desses pontos de controle, foram identificadas adequações nos processos e implantadas pelos representantes das áreas de negócio que compõem o Grupo Técnico Multidisciplinar.

O trabalho do NAR foi potencializado pela implantação simultânea do Sistema Integrado de Gestão (SIG), baseado em metodologias de qualidade e gerenciamento de risco, conforme as melhores práticas de gestão do mercado. As melhorias identificadas pelo NAR são sistematicamente inseridas nos processos da Operadora para garantir a conformidade legal, um dos requisitos do SIG.

As atividades exercidas pelo NAR provocaram a incorporação na rotina da organização o conhecimento e a prática da legislação vigente e trouxeram para a Operadora melhorias em diversos âmbitos. Destaque para as melhorias da gestão, obtidas pela análise crítica de processos internos visando atender a regulação. Quanto às melhorias das informações, essas foram alcançadas através da padronização e alinhamento interno de conceitos e utilização de sistemas de informação como ferramenta para gerar conhecimento com agilidade.

O resultado tangível da atuação inovadora do NAR e sua intervenção proativa nos processos foi a mudança do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) que saiu da faixa de 0,60 a 0,79, em 2008, para a faixa máxima de 0,80 a 1, em 2009. Essa atuação vem sendo mantida, visando à melhoria contínua dos processos e indicadores que avaliam o desempenho da Operadora.

Indicadores Assistenciais

RE_141_2011 - Brincar é coisa séria na saúde pública do município de São Paulo

Jane Abrahão Marinho, Claudia de Crescenzo, Nora Maria da Silva Costa Cortez

Palavras-chave: brinquedoteca, brincar, emoção, acolhida, saúde, humanização, equipe, atendimento.

Uma instituição de saúde ao oferecer, dentre seus diversos dispositivos de intervenção, a possibilidade do brincar para seus pacientes e acompanhantes, cria oportunidades para o restabelecimento físico, psíquico e social de seus usuários, além de exercer o seu papel social de prevenção e promoção à saúde do cidadão. Desse modo também se colocam em prática, diversas diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

O Programa "Brincar é Coisa Séria" foi implantado em 2001, por meio da instalação de Brinquedotecas em unidades municipais de saúde.

Este programa segue a normatização do Estatuto da Criança e do Adolescente- E.C.A. (formalizado pela Lei nº 8.069 de 13/07/1990), e a Lei Federal nº 11.104 de 21/03/2005 e o Decreto Municipal nº 44.592. Para sua implantação foi fundamental viabilizar uma rede de parcerias com a sociedade civil organizada, buscando o patrocínio para as Brinquedotecas, no que se refere à implantação e manutenção dos móveis, aparelhos eletrônicos, livros, revistas, materiais gráficos e brinquedos.

A brinquedoteca é o local no qual os usuários do serviço público de saúde compartilham brinquedos, histórias, emoções, alegrias e temores sob a condição da hospitalização ou do tratamento ambulatorial. Este espaço lúdico também permite a aproximação de todos os envolvidos nesse processo, especialmente, o paciente e seus familiares junto à equipe de saúde envolvida no tratamento. Portanto, é um local que proporciona oportunidades para que essas crianças e seus acompanhantes sejam acolhidos com momentos de lazer, fantasia, imaginação e criatividade, amenizando o estresse causado por situações provocadas nas diversas terapêuticas de saúde.

Cabe ressaltar que, a presença de um brinquedista ou voluntário capacitado nestes espaços facilita e enriquece o brincar. As atividades desenvolvidas podem e devem incluir ações que envolvam a equipe de saúde da instituição, favorecendo os vínculos afetivos e permitindo estratégias para a realização de procedimentos terapêuticos.

Existem 58 brinquedotecas em funcionamento, sendo 18 em hospitais, 3 em Prontos Socorros, 3 em Prontos Atendimentos, 17 em Unidades Básicas de Saúde, 9 em Centros de Atenção Psicossocial, 4 em Centros de Convivência e Cooperativa, 3 em Ambulatórios de Especialidades e 1 no Serviço de Atendimento Especializado, distribuídas pelas diversas regiões da cidade. Em 2010 foram realizados 26.472 atendimentos para crianças de 0 a 5 anos; 16.400 de 5 a 7anos, 22.174 de 7 a 12anos; 6.259 de 12 a 18 anos e, 7.019 acima de 18 anos, totalizando 78.324 pessoas atendidas. Estes dados são oriundos das avaliações enviadas bimestralmente.

Este Programa é de responsabilidade da área de desenvolvimento organizacional que acompanha por meio de visitas locais, reuniões bimensais e avaliações. São realizados, também, encontros regionais e municipais com os profissionais da saúde, voluntários, coordenadores e interlocutores envolvidos no programa, propiciando troca de experiências, palestras técnicas e oficinas de atividades lúdicas.

Os próximos desafios do programa estão focados no redesenho dos espaços lúdicos para produzir espaços intergeracionais, assim como empreender esforços na compreensão dos processos de trabalho provocados pela relação das equipes de saúde com tais espaços lúdicos.

Indicadores Assistenciais

RE_146_2011 - Implantação do Sistema IMPAX para encaminhamento de laudos e orientações nutricionais aos clientes do Check-up

Adriana Yamaguti, Ana Lúcia Chalhoub Chediác Rodrigues, Ariane Nadólskis Severine, Érika Suiter, Ludmilla Moreira Eller, Suzy Naomi Yamaguchi, Carlos Rosario Canavez Basualdo

Palavras-chave: Implantação, Sistema ImPAX, orientação nutricional, check-up

Identificação do problema

O check-up executivo do HSL conta com um nutricionista que realiza assistência nutricional aos clientes. Sua rotina para digitação de laudos, download da bioimpedância, orientações nutricionais e elaboração do material ao cliente, faz com que o tempo de atendimento seja extenso.

Solução implantada

Com intuito de melhorar este processo e otimizar o tempo, o nutricionista do check-up juntamente com a TI, em abril de 2010 inseriu esse processo no sistema IMPAX/PACS, permitindo incluir rapidamente, as imagens do exame de bioimpedância e das orientações nutricionais com figuras, tabelas, textos e gráficos, podendo ser impressos posteriormente pelo setor de laudos e ainda acessados pelo próprio cliente ou por outros profissionais da instituição. Esta ação possibilita uma maior rapidez na liberação de laudos nutricionais, melhora na qualidade de imagem e impressão, contribuindo positivamente no atendimento ao cliente, otimizando o tempo do profissional para outras funções como participação em treinamentos/ cursos, reuniões institucionais e do serviço.

Paciente recebe um login e senha para visualizar laudos e resultados de exames via internet. Impressão de laudos passou para o setor de laudos do check-up. Achado em média 10-12 min. por paciente. Houve redução de 40 a 50% do tempo do nutricionista nesse processo.

Resultados obtidos

De acordo com os resultados obtidos na verificação, considera-se a melhoria implementada eficaz. O monitoramento do processo é importante para continuar mantendo a eficiência e eficácia inserido na rotina do nutricionista do Check Up. Para melhorar a eficiência do processo, a TI fez substituição do computador utilizado para uma versão mais atualizada.

Indicadores Assistenciais**RE_147_2011 - Registros Corretos de Conferência de Entrega de Dietas Enterais e Suplementos Oraís**

Adriana Yamaguti, Ana Lúcia Chalhoub Chediác Rodrigues, Ariane Nadólskis Severine, Érika Suiter, Fabiana Ruotolo, Daniella dos Santos Galego

Palavras-chave: conferência, dieta enteral, suplementos orais, entrega

Identificação do problema

Desde março de 2009, o Serviço de Alimentação (SA) implantou relatórios informatizados para o registro da entrega das dietas enterais, águas via sonda e suplementos nutricionais realizado pelas equipes de copa e enfermagem aos pacientes, como um instrumento de rastreabilidade.

Solução implantada

Em junho de 2009, iniciou-se uma checagem mensal para verificar a eficácia dos registros nestes impressos, com uma meta de conformidade de 100%. Ao final de 2009, foi atingido em média 95% de conformidades, mesmo após ações de melhorias que esclarecessem as dúvidas de preenchimento.

Em janeiro de 2010, apenas 94% de conformidades foi evidenciado nos registros, e um novo ciclo de PDCA foi implantado, com uma meta baseada na média atingida em 2009, e objetivando implantar melhorias que garantissem atingir a meta inicial de 100% de conformidade.

Realizado treinamento para a equipe de copa, com o objetivo de conscientizar sobre a importância de registros corretos nos impressos. Após cada checagem mensal dos impressos, eram realizadas orientações in loco para equipe de copa, quanto as não conformidades identificadas. Realizada proposta para o Departamento de Informatização sobre o desenvolvimento de checagem informatizada da distribuição e entrega dos produtos.

Resultados obtidos

Ao final de 2010, atingiu-se uma média de 96% de conformidades.

Concluímos que o registro manual dos impressos depende de fatores como disponibilidade de tempo X prioridade no atendimento e atenção das equipes, que interferem no alcance da meta. Acreditamos que a informatização da checagem da entrega das dietas enterais, águas via sonda e suplementos nutricionais, através de leitura de código de barras nas etiquetas dos produtos, pode colaborar para atingirmos 100% de registros de entrega; e uma mudança na rotina de distribuição, centralizando esta do Lactário diretamente ao posto de enfermagem, otimizará a rotina de atendimento aos pacientes pela equipe de copa.

Qualidade e Segurança**RE_148_2011 - Implantação do Serviço de Vigilância de Riscos Hospitalares em um Hospital Público na Zona Leste de São Paulo – Relato de experiência**

Regia Damous Fontenele Feijó, Sílvia Janice Gomes Sassi, Christiane Nicoletti, Marylice Navas Padilha

Identificação do problema: Considerando o grande número de atividades da área da saúde, os profissionais assumem a função na recuperação e preservação da vida e do bem-estar do paciente, pela própria natureza da profissão. Entretanto a existência, o conhecimento e a divulgação dos desvios associados à ocorrência de eventos adversos na área da saúde tem sido notórios. Assim sendo, a qualidade assistencial tem sido cada vez mais discutida e trabalhada pelas diversas equipes envolvidas diretamente na prestação dos cuidados e, especialmente pelos gestores. A redução e a mitigação de atos não-seguros, bem como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para o paciente, tornaram-se um compromisso da alta direção e constroem o arcabouço da segurança do paciente nesta instituição pública da zona leste de São Paulo, que até dezembro de 2009, não possuía um serviço de vigilância de risco. **Solução implantada:** Para o desenvolvimento dos trabalhos foi nomeado na instituição um coordenador para o Gerenciamento de Riscos. Através desta Coordenação formou-se um Grupo com membros consultores representando os diversos serviços da instituição. A atuação deste Grupo, durante as reuniões mensais, foi trabalhar no desenvolvimento e na implantação do Sistema de Notificação dos eventos de Risco ocorridos na instituição.

O primeiro passo foi padronizar a ficha de notificação dos eventos e um fluxo de envio destas fichas ao Coordenador do Risco. Paralelamente os colaboradores da instituição foram treinados e instrumentalizados para reconhecer estes eventos e notificá-los prontamente. Ao longo destes quatorze meses de trabalho percebe-se que o desenvolvimento da cultura de segurança para a identificação e notificação dos eventos representa um grande desafio ao Coordenador do Risco e para o Grupo. **Resultados obtidos:** Foram obtidas 485 notificações de eventos de risco no período de março a dezembro de 2010. No 2º trimestre o Serviço de Vigilância de Risco recebeu 44 notificações por mês e, este número médio mensal foi aumentando gradativamente para 56,6 notificações mensais no 3º trimestre e, para 60,66 notificações mensais no 4º trimestre. O principal setor notificante dos eventos de risco, durante o ano de 2010 foi a UTI Adulto, responsável pela identificação de 212 eventos de risco. Deste total, 68,8% dos eventos foram relacionados ao uso de dispositivos invasivos, sendo a sonda naso-enteral o dispositivo mais envolvido nestes eventos (Ex.: perda acidental e obstrução), ocasionando a necessidade de um novo procedimento. Estes eventos foram classificados como muito frequentes e de baixa gravidade. Globalmente, outros três grupos de eventos notificados, associados à assistência propriamente dita, destacaram-se: Erro de Medicação (11,8%), Flebite (12,0%) e Queda (6,4%). Considerando estas informações o Grupo do Gerenciamento de Riscos em parceria com as Coordenações envolvidas trabalharão durante o ano corrente no aprimoramento de protocolos e ações de prevenção para estes eventos. Comparando-se a outras instituições do mesmo porte e de natureza semelhantes, a média mensal de notificações ainda esteja abaixo, entretanto já evidenciamos uma melhoria substancial comparando os meses iniciais da implantação do serviço, quando foram recebidas menos da metade destas notificações (em média).

Conclusão: A existência de um serviço de vigilância de risco atuante, impulsionado pelo envolvimento da alta direção e das coordenações do hospital, pode minimizar o risco assistencial através da adoção de medidas preventivas voltadas às realidades da instituição.

Qualidade e Segurança

RE_149_2011 - Qualidade Assistencial no currículo médico: plantando uma semente em terra fértil

Mariza M Kluck

Identificação do Problema: "Qualidade Assistencial" é um termo que está na moda, apesar de não ser muito bem definido e menos ainda compreendido e assimilado pelos profissionais que atuam nos hospitais e nos diferentes níveis do sistema de saúde. Este conceito é entendido por todos mais como uma exigência dos gestores e um fator de complicação das rotinas de trabalho já estabelecidas do que propriamente como mudanças necessárias para garantir as melhores práticas ao menor custo, ao maior número de pessoas e com equidade e segurança. Os métodos de divulgação e de capacitação usuais (cartazes, folders, palestras, EAD, cursos, etc) utilizados por um Hospital Universitário não se mostraram suficientes para mudar esta interpretação, o que põe em risco o sucesso do Programa e a obtenção da Acreditação Internacional.

Solução proposta: ntre outras propostas aceitas e desenvolvidas, como a inclusão do tópico no conteúdo da prova de seleção e na capacitação de novos residentes, foi conduzida a introdução deste conteúdo na disciplina de Administração e Planejamento em Saúde, ministrada a alunos do curso de Medicina em seu 4º semestre de curso. Este tópico vem sendo ministrado desde 2002, através de um módulo que compreende aulas teóricas, leituras obrigatórias e a elaboração de um trabalho de análise de aspectos da realidade do Hospital Universitário, com propostas de melhoria ou de solução dos problemas diagnosticados. Entre estas análises destacamos os seguintes exemplos: 1) nos anos iniciais, anteriores ao processo de contratualização do Hospital com o gestor do SUS, cada aluno recebeu um número de prontuário de paciente com alta recente e a tarefa de analisar o valor gasto durante a internação com diárias, medicamentos e exames, comparando este valor com os valores da AIH; 2) análise do desempenho de indicadores de qualidade assistencial do Hospital: grupos de alunos escolhem um indicador e analisam seu desempenho no Hospital, comparando serviços diferentes e, sempre que possível, com outros hospitais e com dados do DATASUS; 3) Comparação do desempenho e da estrutura do Hospital com os dados do relatório do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) do Ministério da Saúde; 4) Análise do relatório de Avaliação Diagnóstica da Acreditação Internacional: cada grupo de alunos recebeu um capítulo do manual e o capítulo correspondente da análise, com a tarefa de propor um ou mais planos de ação para correção das não conformidades. Todas estas análises são apresentadas ao final do semestre em um "mini-congresso", no anfiteatro do Hospital e com a participação de membros de sua Direção. Muitos destes trabalhos são posteriormente apresentados na Semana Científica do Hospital ou na Semana Acadêmica da Universidade.

Resultados obtidos: os alunos participantes destas atividades ingressaram no Hospital como médicos residentes a partir de 2007 e a semente plantada tem dado os frutos esperados, através de uma maior participação nos processos de qualidade e de segurança, com uma maior compreensão do significado desta expressão na prática clínica do dia-a-dia.

Avaliação de Tecnologia

RE_150_2011 - Boas práticas como fator de sucesso na implantação e uso de um sistema de Prontuário Eletrônico

Mariza M Kluck

Identificação do Problema:

Nos dias de hoje torna-se imperativo, em grandes hospitais, a utilização de um sistema eletrônico para registro e consulta de informações do prontuário do paciente. Há no mercado uma razoável oferta de sistemas de gestão Hospitalar que contemplam esta ferramenta e alguns poucos hospitais optaram por desenvolver seus próprios sistemas. No entanto, o que se constata na prática de uso destes sistemas é que a complexidade e a qualidade de seus códigos e rotinas não garantem seu bom uso e seu sucesso. Em um grande Hospital universitário do sul do País ocorreu a migração do prontuário-papel para prontuário eletrônico entre os anos de 1995 e 2002, processo este acompanhado com atenção para identificação de possíveis entraves e problemas. A preocupação maior, especialmente dentro do corpo clínico do Hospital, era com a adesão do sistema às questões éticas e legais pertinentes e às boas práticas assistenciais, o que garantiria a aceitação e a adesão dos usuários e a segurança dos pacientes.

Solução implantada:

A Comissão de Prontuários do Hospital, coordenada por professor da Faculdade de Medicina vinculada e composta por uma equipe multidisciplinar, coordenou o trabalho de identificação e implementação no sistema em desenvolvimento das boas práticas relevantes, destacando-se entre estas as seguintes:

Prontuário único por paciente; Foco assistencial, com múltiplos usuários reconhecidos; perfis de acesso definidos e aplicados com rigor, de acordo com formação e atuação de cada usuário; exigência de completude e qualidade nos registros; planos de contingência para falhas de rede, hardware e software; auditorias eletrônicas e profissionais de atos médicos como prescrição e solicitação de exames; protocolos assistenciais disponíveis; alertas e informações disponíveis on-line; tratamento especial a indivíduos participantes de pesquisas clínicas; hierarquização da informação disponível à equipe assistencial de acordo com sua relevância; existência de sumários diversos para consultas rápidas; proteção maior a prontuários de pessoas sujeitas à curiosidade pública; acesso a sistemas de apoio e de informações; assinatura por certificado digital..

Resultados obtidos:

Todas as boas práticas identificadas foram implementadas no decorrer do desenvolvimento do sistema, que teve desde seu início a adesão maciça de seus usuários e a confiança destes e dos pacientes. Ao final da implementação, o sistema teve reconhecimento nacional, estando em desenvolvimento uma versão para implantação nos hospitais de ensino do MEC. Nas palestras e apresentações que são feitas a estes futuros usuários, destaca-se sempre que não basta implantar o sistema, é imperioso adotar também todas as boas práticas que este sistema apóia.

Qualidade e Segurança

RE_151_2011 - A Utilização das Mídias Digitais como Instrumentos de Disseminação e Implementação de um Programa de Segurança em Saúde

Fabiane Cardia Salman, Fabiane Muenzer Flores Cruz, Guilherme Anselmo, Nádia Mayumi Usizima, Enis Donizetti Silva

Palavras-chave: segurança, saúde, qualidade, cirurgia, anestesia, paciente, internet

Identificação do problema: A assistência cirúrgica tem se destacado mundialmente como um componente essencial do cuidado em saúde devido ao aumento do número e da complexidade dos procedimentos realizados e à alta incidência de complicações no ambiente cirúrgico com a incorporação contínua de novas tecnologias e o aumento da

gravidade dos pacientes. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicados em 2008 no New England Journal of Medicine revelam que foram realizadas 234 milhões de cirurgias no mundo, sendo que dois milhões destes pacientes evoluíram a óbito no período perioperatório e aproximadamente sete milhões apresentaram complicações, sendo 50% destas consideradas evitáveis. Diante deste contexto e na tentativa de minimizar os riscos ao paciente cirúrgico, foi desenvolvido um Programa de Segurança no Período Perioperatório que fomenta a melhoria da comunicação multiprofissional e engloba um check-list com 10 passos de segurança principais, que o profissional de saúde deve seguir a fim de prestar uma assistência mais segura. Para ilustrar o programa, foi criado um layout lúdico, remetendo a um jogo de tabuleiro em que o profissional só poderá avançar a “casa” se cumprir a tarefa. Como divulgar um Programa a fim de incentivar o comportamento seguro dos profissionais da saúde, buscando informar o maior número de profissionais? Solução implantada: Para divulgar um programa dinâmico como este, a instituição decidiu adotar em sua estratégia de comunicação a utilização das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTICs). A escolha foi feita com base nas características destas ferramentas, que apresentam conceitos modernos e inovadores, maior interatividade com o público e alcance superior às mídias impressas tradicionais (folder, jornal, revista, banner, mural, etc.). O Programa de Segurança foi apresentado em um Blog e para sua divulgação, foram utilizadas algumas ferramentas como o site da organização, twitter, youtube, facebook e e-mail marketing. Todas as informações ou comunicados sobre o tema e novas postagens no Blog foram divulgados por meio destes veículos, a fim de sinalizar a atualização de conteúdo. Resultados obtidos: Foi utilizado o mecanismo do Google Analytics para a análise de audiência no Blog, entre novembro de 2009 a novembro de 2010. Verificou-se que o Programa de Segurança foi visto por cerca de 8.500 pessoas e possui 39 seguidores cadastrados. Desde sua criação, o Blog apresentou um crescimento importante com relação ao número de visitas, tendo no primeiro semestre uma média de 645 visitas por mês e, no segundo semestre, praticamente o dobro, apresentando uma média de 1200 visitas por mês. Foram, no total, 10.818 visitas, representando uma média de 29,32 visitas por dia, com abrangência em 54 países, sendo o Brasil, Portugal e Estados Unidos os mais representativos. No Brasil, conseguiu atingir 220 cidades. A fonte de tráfego é caracterizada, em sua maioria, por mecanismos de pesquisa (64,56%), sites de referência (18,48%) e tráfego direto (16,96%). No twitter, a instituição conta com 270 seguidores e o vídeo no youtube já foi visualizado por quase 16.500 pessoas. O tempo de permanência no Blog e a fidelização dos visitantes são pontos que requerem atenção e melhorias. A utilização das NTICs como instrumentos de divulgação do Programa de Segurança foi fundamental para criar um canal de comunicação aberto e interativo, buscando a troca de experiências e a conscientização dos profissionais no que tange à segurança do paciente cirúrgico e tornando possível a implementação do Programa em hospitais no país.

Indicadores Assistenciais

RE_152_2011 - Indicadores Assistenciais na Amamentação

Regina Célia Guedes Barreto

Identificação do problema: aumentar o aleitamento materno (AM) exclusivo na instituição rastreando as possíveis causas de desmame durante permanência da mãe e do recém nascido na unidade de internação (UI) da maternidade. Para que tais eventos sejam viáveis é necessário que as tarefas diárias sejam monitoradas por meio da assistência direta e mensurados os problemas e dificuldades, tanto dos clientes como das equipes atuantes no processo, com a finalidade de propor ações, aumentando o desempenho de todos e como objetivo aumentar/ manter o aleitamento materno exclusivo. Solução Implantada: durante a internação do binômio, foi coletado pela equipe, índices de controle pertinentes ao processo aleitamento materno os quais foram considerados pela literatura principais motivos de desmame precoce, são eles: trauma mamilar (TM), oferta de fórmulas infantis (FI) para o RN (recém nascido) e seus principais motivos. Com estas ações foi possível detectar os problemas, intervindo perante as equipes atuantes, propondo ações corretivas e preventivas. Metodologia: o estudo foi realizado na instituição, inicialmente como projeto piloto no período de setembro a dezembro de 2008, onde foi elaborado um instrumento para equipe de enfermagem registrar a coleta de dados, em janeiro de 2009 implantado como indicador e permanece até os dias atuais. Trauma mamilar: denominador número de puérperas que amamentaram/mês X número de puérperas que apresentaram TM, bem como o tipo de lesão e o período de internação que surgiu. Administração de FI e análise dos principais motivos, bem como RN em AM exclusivo: denominador RN que estavam em AM/mês X Rn que receberam FI. Resultados: detectado a média de AM exclusivo que foi de 80%, nos anos de 2009 e de 2010, detectado os motivos de oferta da FI: relacionados à puérpera (TM e mamoplastia), relacionado ao RN (tratamento de icterícia-fototerapia, hipoglicemia, baixo débito urinário, gemelaridade, sonolência/dificuldade de sucção), relacionados à equipe (falta de habilidade no manejo clínico da amamentação, falta de embasamento científico), redefinido a classificação de TM (vesícula, escoriação, fissura e erosão) e diminuição do TM, de 32% com queda para 15%. Ações melhoria: busca ativa diária das intercorrências por meio de leitura do prontuário, alteração da metodologia e análise de TM, implantação dos índices de controle como indicador assistencial do setor, retorno do binômio (mãe e filho) para acompanhamento do AM após a alta hospitalar; ações corretivas: treinamento prático e teórico do manejo clínico da amamentação, supervisionado a primeira mamada para diminuir o número de TM no primeiro pós operatório (1 PO), adaptado as rotinas do berçário descentralizado favorecendo a amamentação.

Qualidade e Segurança

RE_154_2011 - Implantação da gestão visual de Indicadores em um hospital privado localizado na cidade de São Paulo

Luiz Carlos Bordin, Daniela Akemi, Maria Lúcia Alves Pereira Cardoso, Leonardo Brauer

A transmissão diária da informação é vital para uma empresa e deve ser passada rapidamente e de maneira uniforme para todos os membros de uma equipe. Ao iniciar com a gestão para a qualidade nos deparamos com esta dificuldade, como por exemplo, o atraso na interpretação dos indicadores e conseqüente demora na formulação e implementação de um ciclo de melhoria. Na busca para solucionar o problema, identificamos no Sistema Lean a ferramenta para a Gestão Visual, onde permite que todos possam ver e entender a informação por um grupo de pessoas simultaneamente, tornando as informações transparentes, ajudando a focalizar os processos e a priorizar as ações de melhoria. Desta forma, construímos um quadro para abrigar os resultados dos indicadores de produtividade (taxa de ocupação, taxa de infecção, etc.) e os dados referentes ao andamento das ações preventivas para Úlcera por Pressão, ITU relacionada ao uso de cateter, etc. Assim, foi criado um ponto de reunião que é atualizado freqüentemente por um usuário determinado e os demais identificavam os gargalos rapidamente, passando assim a propor ações, implementando-as rapidamente, favorecendo ao gerenciamento dos leitos, aumentando a taxa de ocupação e gerenciando preventivamente as situações de risco.

Palavra Chave: Gestão da Qualidade; Gestão Visual, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

REFERÊNCIAS

Campos, Vicente Flaconi Gerenciamento da Rotina do Trabalho do dia a dia: Belo Horizonte - 2ª Edição, Fundação Christiano Ottoni, 1994.

Takashina, Newton Tadachi Indicadores da Qualidade e do Desempenho - Rio de Janeiro Editora Qualitymark, 1999.

Verzuh, E MBA compacto, gestão de projetos. Rio de Janeiro. 4ª edição - Editora Campus, 2000.

Eckes, George A Revolução Seis Sigma Tradução de Reynaldo Cavalheiro Marconde: Rio de Janeiro Editora Campus, 2001.

Juran, J.M Controle da Qualidade. São Paulo: 4ª Edição Editora Makron, 1991. Menezes, Luís César de Moura Gestão de projetos. São Paulo: 2ª Edição Editora Atlas, 2003.

PMBOK Project Management Body of Knowledge, 2000 Versão em português. Disponível em: http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/367.pdf (acesso em 31/01/2011).

Indicadores Assistenciais

RE_155_2011 - Relato de Experiência: Classificação de Risco como instrumento de acompanhamento da periodicidade de consultas de enfermagem em um Centro de Saúde do Estado de São Paulo gerenciado por uma Organização Social

Joana D arc R dos Santos, Fabiana Oliveira, Roger Boldrin, Vivian O Magalhães

Palavras chave: Indicadores, classificação de risco, equipe de enfermagem

Identificação do Problema: O Centro de Saúde 1 Dr. Lívio Amato – Vila Mariana, é uma unidade estadual gerenciado desde 2007 pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, tendo dentro das atividades prestadas um foco de atenção voltado a população idosa, que é prevalente na região.

Visando atender as necessidades do público de maior prevalência e identificar o perfil dos pacientes atendidos no Centro de Saúde a equipe de enfermagem em 2010 elaborou uma classificação de risco onde de acordo com as necessidades identificadas durante o atendimento os usuários seriam acompanhados periodicamente, para garantir o entendimento das orientações recebidas e adesão ao tratamento proposto. A classificação elaborada com base no grau de dependência seguirá os critérios de cores, sendo utilizado: azul como risco 1, verde risco 2, amarelo risco 3 e vermelho risco 4, e a periodicidade do acompanhamento seguirá de acordo com a classificação onde os identificados como azul serão vistos a cada 120 dias, verdes a cada 60 dias, amarelos a cada 30 dias e os vermelhos a cada 15 dias, salvo para situações atípicas onde os retornos sejam necessários semanalmente até possibilidade de inclusão nos parâmetros da classificação de risco.

Metodologia: Elaboração do score de classificação de risco seguindo critérios de grau de dependência com base em cores, implantação de indicador para acompanhar a classificação mais prevalente e tempo de retorno. Treinamento da equipe de enfermagem referente à classificação de risco e divulgação aos colaboradores das demais áreas sobre a implantação.

Resultados: Com a implantação da classificação de risco houve um acompanhamento conforme a necessidade da clientela para o atendimento e orientações referente ao tratamento, foi possível organizar o agendamento dos pacientes idosos de acordo com a classificação, além da inclusão dos pacientes em grupos educativos conforme o perfil cognitivo e autonomia física, direcionando a elaboração das abordagens em grupo. Alcançando aumento na satisfação do paciente assistido pela equipe de enfermagem.

Conclusão: A implantação da classificação de risco para o atendimento dos pacientes idosos agiu como instrumento gerenciador para equipe de enfermagem os acompanhar dentro da periodicidade desejada/estimada, aprimorando a qualidade dos serviços prestados e garantido a adesão ao tratamento proposto.

Qualidade e Segurança

RE_156_2011 - Aplicação do “Check List – Procedimento Seguro” em uma unidade de diagnóstico por imagem

Rosemeire K HAngai, Renata Narcizo de Oliveira Claro

Palavras chaves: Qualidade, diagnóstico por imagem, check list/ paciente, procedimento seguro, segurança do paciente

Identificação do problema: A promoção da segurança do paciente é preocupação global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima se que em em cada dez pacientes são vítimas de erro durante a assistência. Em outubro de 2004, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que tem o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde. Na área de procedimentos por imagem, estes erros estão relacionados com exames realizados de forma incorreta que podem mudar um diagnóstico investigado ou levar a tratamentos incorretos. A segurança na realização de exames por imagem depende de profissionais que realizam um trabalho de forma eficaz e eficiente. **Objetivo:** Relatar a experiência da implantação do instrumento desenvolvido para realização segura de exames radiológicos em duas unidades na área de imagem de um hospital de ensino de grande porte, com intuito de diminuir o número de não conformidades relacionadas a identificação incorreta de pacientes submetido a exames por imagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da aplicação de um instrumento denominado de “Checklist de Procedimento Seguro” para sistematizar a checagem de dados do paciente internado a ser submetido a Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética. O instrumento contempla a checagem dos seguintes itens: nome, número de registro hospitalar (pulseira de identificação); exame a ser realizado (pedido do exame), posicionamento, lateralidade, jejum, alergias, conferência work list (Lista de trabalho). **Resultados:** Este processo foi dividido em: 1) escolha das áreas para aplicação piloto; 2) treinamento da equipe multiprofissional; 3) momento da aplicação e; 4) acompanhamento das não conformidades pelo sistema PACS (Programa de Gerenciamento de Imagens). Após um mês de implantação, observou ausência de ocorrência de não conformidades em relação à identificação de paciente e troca de exame. **Conclusão:** A adoção do instrumento de “Checklist de Procedimento Seguro” reduziu as ocorrências de não conformidades nos setores onde foi aplicado e houve a participação efetiva da equipe multiprofissional. Para as autoras, os profissionais de enfermagem exercem um papel fundamental na segurança do paciente e na utilização do instrumento de checagem junto à equipe multiprofissional.



Indicadores Assistenciais

RE_157_2011 - Indicador de qualidade assistencial de enfermagem em tomografia computadorizada

Renata Narcizo de OLiveira Claro, Rosemeire K Hangai

Palavras chaves: Qualidade, indicador assistencial, extravasamento de contraste, meios de contrastes/ eventos adversos, tomografia computadorizada

Identificação do problema: Na busca por conceitos que pudessem traduzir a qualidade de enfermagem na área de tomografia computadorizada, realizamos levantamento bibliográfico na busca por indicadores que pudessem traduzir e evidenciar a qualidade prestada. O extravasamento de contraste iodado é um evento adverso local à administração intravenosa da substância radiopaca, na qual a equipe de enfermagem atuante nos serviços de tomografia computadorizada desenvolve importante papel na prevenção, detecção e tratamento destes eventos causados pelo uso de contraste iodado. O extravasamento é definido como administração inadvertida de uma solução vesicante em tecidos adjacentes do acesso venoso e a sua fórmula para cálculo consiste na relação entre o número de casos de extravasamentos de contraste e o número de pacientes receberam contraste EV /dia, multiplicado por 100. A gestão da qualidade enfatiza a melhoria contínua pela utilização do método científico e monitorização de dados que embasam a tomada de decisão, objetivando o atendimento à clientela com a máxima satisfação e o mínimo de riscos que possam comprometer a qualidade e segurança pretendidas. Objetivo: Relatar a experiência na aplicação, coleta e monitoramento do indicador de extravasamento de contraste endovenoso. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência do processo de aplicação, coleta e monitoramento do indicador de extravasamento de contraste endovenoso. Foi desenvolvida ficha de identificação do indicador de acordo com o modelo adotado pelo CQH e ficha de coleta, no intuito de manter a clareza do indicador, com os dados de definição, fórmula e periodicidade. Buscou-se a definição de metas de acordo com referência levantada em literatura nos quais os artigos foram identificados em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Dedalus e Pubmed. A coleta de dados ocorreu através da notificação do evento de extravasamento de contraste e ficha de coleta preenchida pela equipe de enfermagem atuante na Unidade de Tomografia. Após treinamento e conscientização da equipe de enfermagem sobre a importância da aplicação das técnicas corretas em relação à punção do acesso venoso, administração de contraste por bomba injetora de alto fluxo e notificação do evento, para que medidas pudessem ser implementadas. Resultados obtidos: Observamos que na análise anual houve diminuição do índice de extravasamento sendo a série histórica de 1,1% em 2008, 0,6% em 2009 e 0,5% em 2010, atingindo a meta estabelecida de acordo com a literatura, os quais os índices evidenciados no presente estudo encontram-se dentro dos limites de 0,3 a 3,6%. Este indicador foi apresentado e aprovado no NAGEH – Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar, subgrupo do CQH que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar – em setembro e será publicado no próximo Manual de Indicadores de Enfermagem - NAGEH em 2011.

Qualidade E Segurança

RE_158_2011 - Enfermeiro Clínico Assistencial: gestão da assistência de enfermagem

Roseli Fernandes Rodrigues Leandro, Danilo da Silva Santos, Laura Almeida Gonçalves

Relato de experiência realizado em um hospital geral de médio porte em Guarulhos, na Grande São Paulo, nos meses de janeiro a dezembro de 2010. O objetivo foi descrever as intervenções assistenciais desenvolvidas pelo Enfermeiro Clínico Assistencial para a adequação de um modelo institucional de gestão da assistência de enfermagem com foco na qualidade da assistência. O sistema Primary Nursing nos proporcionou alicerce para esta implantação.

O Enfermeiro Clínico Assistencial avalia diariamente seus pacientes e acompanha a assistência prestada nas 24 horas, junto aos enfermeiros e demais profissionais das unidades hospitalares, ambulatório, assistência domiciliar e atenção básica. Este enfermeiro é responsável pelo paciente desde a sua admissão até após a alta hospitalar por meio de visitas diárias, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), consulta de enfermagem ambulatorial, assistência domiciliar, contatos telefônicos com o paciente e integração com os profissionais das unidades de atenção básica referenciada. Os critérios de inclusão foram: portadores de cardiopatias, neuropatias e sepse com Classificação de Risco vermelha ou amarela na admissão do serviço de urgência e emergência (Protocolo Acolhimento com Classificação de Risco), bem como os pacientes reinternados.

Foram atendidos 473 pacientes com intervenções de rotina e 72 intervenções que contribuíram para melhorar a qualidade da assistência prestada: orientações e priorização no agendamento para especialidades (52%) discussões entre as equipes (32%), integração da assistência entre Atenção Básica e hospital (10%) e avaliações do enfermeiro que resultaram em internação pelo médico (6%) (Gráfico I). Foram realizados 366 contatos telefônicos pelo enfermeiro após a alta hospitalar, sendo 66% com orientações, 9% sem orientação e 25% não conseguiu contato (Gráfico II).

Referências

CARMONA, L. M. P.; LALUNA, M. C. M. C. "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. Revista Eletrônica de Enfermagem v. 4, n. 1, p. 12 – 17, 2002.

MARX, L. C., Competências da Enfermagem sedimentadas no Sistema Primary Nursing. Editora de Publicações Biomédicas (EPUB), Petrópolis 2006.

MAGALHÃES, A.M. Atividades do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.22, n.2, p 102-121, Porto Alegre, jul.2001.

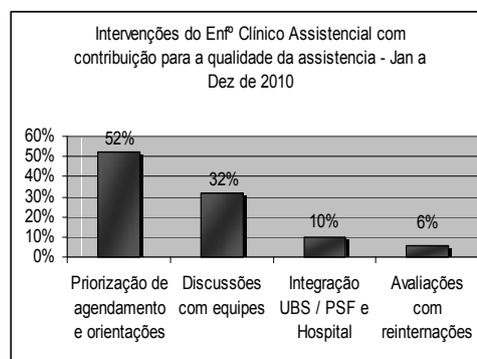


Gráfico I – Intervenções do Enfº Clínico Assistencial com contribuição para a qualidade da assistência – jan a dez/2010.



Gráfico II – Contato telefônico após alta hospitalar – jan a dez/2010.

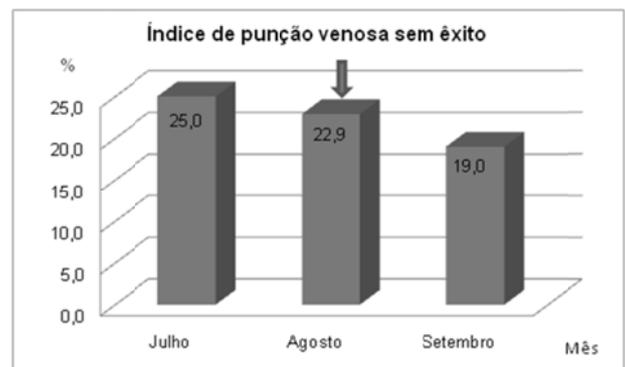
Indicadores Assistenciais

RE_159_2011 - Indicador assistencial de punção venosa sem êxito em tomografia computadorizada

Renata Narcizo de Oliveira Claro, Rosemeire K HAngai

Palavras chaves: Qualidade, indicador assistencial, punção venosa sem êxito, tomografia computadorizada, desempenho profissional

Identificação do problema: Na Unidade de Tomografia são realizadas cerca de 5184 exames de tomografia computadorizada, dentre eles, 2100 exames com necessidade de administração de contraste endovenoso, tendo assim que realizar a punção venosa. As punções venosas periféricas representam, aproximadamente, a maior parte das atividades executadas pelos profissionais de enfermagem; é um procedimento que possui um nível de complexidade, que exige do profissional conhecimento técnico científico, é executado por profissionais com diferentes níveis de formação ou habilidades o que pode gerar variabilidade no desempenho. Tendo como a base a variabilidade no desempenho deste procedimento optou-se por criar o indicador de punção venosa sem êxito para avaliar o desempenho dos profissionais de enfermagem na execução do procedimento punção venosa periférica para conhecermos a realidade e verificar possíveis oportunidades de melhoria uma vez que recebemos queixas de paciente questionando o desempenho da equipe neste procedimento. A punção venosa sem êxito é definida como a situação na qual a equipe de enfermagem realiza por mais de uma vez a punção venosa no paciente e a sua fórmula para cálculo consiste na relação entre o número de punções venosas sem êxito e o número de pacientes punccionados /dia, multiplicado por 100. Esse é considerado um evento indesejável na assistência ao paciente, pois afeta na satisfação do cliente. A gestão da qualidade enfatiza a melhoria contínua pela utilização do método científico e monitorização de dados que embasam a tomada de decisão, objetivando o atendimento à clientela com a máxima satisfação e o mínimo de riscos que possam comprometer a qualidade da assistência. Objetivo: Relatar a experiência na aplicação, coleta e monitoramento do indicador punção venosa sem êxito. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência do processo de aplicação, coleta e monitoramento do indicador de punção venosa sem êxito. 01) Foi desenvolvida ficha de identificação do indicador de acordo com o modelo adotado pelo CQH e ficha de coleta, no intuito de manter a clareza do indicador, com os dados de definição, fórmula e periodicidade. 02) Realizou-se treinamento dos colaboradores para utilização da ficha de coleta. No mês de julho obtivemos um índice de 25%. 03) No mês de agosto, realizamos novo treinamento aos colaboradores envolvidos na punção venosa, limitamos o número de punções por colaborador (duas punções por profissional), tivemos um índice de 22,9%. 4) Mantivemos a coleta de dados e no mês de setembro obtivemos um índice de 19%. Resultados Obtidos: O controle do índice de punção venosa sem êxito e as intervenções com base nele realizada como os treinamentos sobre punção venosa, cujo conteúdo abordou tanto a questão técnica quanto a comportamental, agregou à equipe competências técnico-científicas para poder atender com mais qualidade os pacientes submetidos a exames de tomografia com contraste. A partir dos dados coletados após um ano será estabelecida a meta, devido à falta de referências.



Indicadores Assistenciais

RE_160_2011 - Resultados da implantação de bundle de pneumonia associada à ventilação mecânica em UTI de um hospital da rede pública da cidade de São Paulo

Regia Damous Dontenele Feijó, Patricia B. Martino, Sílvia Janice Gomes Sassi, Livio Vilela Dias, Marylice Navas Padilha

Identificação do problema: No 1º semestre de 2009 evidenciamos elevada densidade de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) em 2 UTI Adulto, com um total de 20 leitos, em um hospital da rede pública de São Paulo. O grupo de Controle de Infecção (SCIH) em conjunto com a equipe da UTI Adulto revisou medidas preventivas e implantou um grupo de medidas baseadas no bundle de PAV proposto pelo Institute of healthcare Improvement (IHI).

Solução implantada e Metodologia: Em maio/09 foram feitas discussões entre o SCIH e equipe da UTI Adulto para estabelecer as padronizações das medidas preventivas, instrumento e metodologia para coleta de dados. A coleta de dados é realizada pelo grupo do SCIH cinco vezes por semana e teve início em junho/09. A meta da aderência às medidas deveria de 90% até o final de 2009 e acima de 95% no ano de 2010. Pactuou-se também que durante a coleta de dados são feitas intervenções se não há adesão às medidas de prevenção, e mensalmente é elaborado um relatório com dados da coleta de dados e densidade de PAV do mês, com discussão entre as duas equipes já citadas. As medidas implantadas eram destinadas aos pacientes sob ventilação mecânica: 1) Medidas bundle IHI: cabeceira elevada entre 30°-45°; interrupção diária da sudação; profilaxia de úlcera de estresse e profilaxia de trombose venosa profunda. 2) Medidas não-IHI: posicionamento de SNE (marcação com caneta no nível da narina e controle radiológico diário) e higiene oral com clorexidina 0,12%

Resultados: A densidade de PAV na UTI Adulto no semestre prévio à implantação era elevada (17,1/1000ventiladores-dia). Após implantação do grupo de medidas de prevenção em junho/09 a densidade reduziu para 13,1 por 1000 vm-dia no 2º semestre/09 (redução de 23%). A partir de outubro/09 a adesão ficou acima de 90% para as medidas bundle IHI e 85,8% para as medidas não-IHI. Após vários refinamentos e repactuações de metas entre SCIH e UTI Adulto, a adesão dos dois grupos de medidas se elevaram ficando acima de 95%. A medida higiene oral com clorexidina 0,12% foi introduzida no grupo medidas não-IHI em outubro/09. Ressaltamos que a adesão aos dois grupos de medidas foi excelente de janeiro a julho de 2010 (com 100% de aderência na maioria dos meses do primeiro semestre/10) e a densidade de incidência do 1º semestre de 2010 foi bem inferior às anteriores (5,3/1000 vm-dia), com índice de zero em abril (redução de 60%). Entretanto, no 2º semestre de 2010 houve queda da aderência às medidas de prevenção com índice de adesão chegando a 81% e 66,2% em outubro/10, nos grupos IHI e não-IHI, respectivamente. Concomitante a este baixa aderência, observamos grande elevação da densidade de incidência de PAV. Houve feedback para a equipe assistencial e discussões entre as 2 equipes (SCIH e UTI Adulto) com levantamento de possíveis causas que possam ter levado a redução da aderência as medidas de prevenção e planos de ação. Nos meses de novembro e dezembro houve melhora da aderência às medidas de prevenção, com redução importante da densidade de PAV na unidade.

Conclusão: Ressaltamos com este relato de experiência que a implantação de um pacote de medidas de prevenção de PAV conseguiu reduzir a incidência de PAV em até 60%, desde que haja constantes reavaliações dos dados e feedback para a equipe assistencial.

Qualidade e Segurança

RE_162_2011 - Implantação das Práticas Organizacionais Requeridas do Método de Acreditação Canadense no Hospital Estadual De Diadema

Fernanda Maciel Paschoin, Luis Cláudio Heitzmann, Luis Fernando Paes Leme, Maurício Ricci, Gina Vilas Boas Lima, Marcia Maiumi Fukujima

Introdução: Com o objetivo de melhorar o padrão de qualidade e segurança dos processos através do envolvimento das pessoas, mudança de consciência e comportamento, foram implantadas 13 das 35 práticas organizacionais recomendadas (ROPs – conhecidos internamente como “Boas práticas”) pela metodologia da Acreditação Canadense fora do Canadá (em implantação desde 2008). **Problema:** As publicações apontam os erros de identificação, problemas decorrentes de falhas na comunicação e no processo de medicação como sendo a causa raiz de diversos eventos adversos. Sabemos que do total de procedimentos cirúrgicos realizados, 3 a 17% dos pacientes tem algum tipo de complicação, sendo mais da metade deles considerados eventos adversos evitáveis. A aplicação destas 13 boas práticas consideradas prioritárias visou atuar primeiramente nos processos, linhas de cuidados, procedimentos e pontos mais críticos na assistência à saúde para a garantia da segurança do paciente como meta da primeira fase de implantação do método da acreditação canadense no Brasil. São elas: identificação dos pacientes, transferências internas e de informações, reconciliação medicamentosa, treinamento de segurança do paciente, cultura de segurança institucional, papéis e responsabilidade para a segurança do paciente, segurança na utilização de medicamentos, higiene das mãos, antibioticoprofilaxia cirúrgica, controle de eletrólitos concentrados, práticas para cirurgia segura e segurança de narcóticos. **Local:** Hospital público estadual, modelo Organização Social de Saúde, com 266 leitos. **Método:** Trabalho em times na preparação, divulgação e auditoria de processos com participação da Alta Administração; formação e preparo de multiplicadores entre os colaboradores e pacientes; análise e divulgação dos resultados das auditorias e demais melhorias implantadas, com a definição de propostas e cronograma de implantação e definição de metas e novas estratégias. **Resultados:** No decorrer do tempo observamos melhora gradativa na adesão as boas práticas e conseguimos difundir os conceitos da qualidade, a importância do trabalho em times, além da consolidação de princípios éticos e da responsabilidade de cada um neste processo; Identificamos também a necessidade de monitorização contínua através da ferramenta das auditorias internas e do incentivo às pessoas a participarem ativamente. As boas práticas relacionadas com comunicação, como identificação e as transferências foram implantadas ao longo dos 2 anos, com a utilização de pulseiras, elaboração de fichas próprias e outros recursos; aquelas relacionadas com a força de trabalho, divulgação de cultura institucional e definição de papéis, ficou a cargo do time de recursos humanos, e foram trabalhadas através do desenvolvimento de projetos específicos, como “Valores” e “Conectando” que visavam difundir a importância de cada um no processo e o seu real valor para o resultado final; as práticas relacionadas com uso de medicação, segurança com narcóticos e a sua reconciliação foram realizadas pelo processo Farmácia, Gerência de Risco e Qualidade, em processo desenvolvido ao longo de 2 anos; a aplicação das boas práticas para o controle da antibioticoterapia profilática e higiene das mãos, foram desenvolvidas pela SCIH em conjunto com a Gerência de Risco e Diretoria, e os seus bons resultados, foram decorrentes de muitas revisões e adaptações que se fizeram necessárias com a ampla participação do corpo clínico (cirurgiões e anestesistas). **Conclusão:** Com a implantação garantimos à melhoria dos processos; monitoramento e aprimoramento constante; maior envolvimento dos colaboradores; registros mais seguros; processos mais transparentes e éticos; resultados mais consistentes em satisfação e custos. Verificamos que as práticas são de implantação lenta mesmo quando bem planejadas e necessitam de verificação constante com alinhamento imediato dos desvios identificados.

Qualidade e Segurança

RE_163_2011 - Relato de Experiência: Controle da evasão de roupas hospitalares em Hospital Municipal Infantil

Arlete Florio, Rodrigo Souto dos Santos

Palavras chaves: rouparia, evasão ,controle

Situação / problema: O enxoval do Hospital Municipal Infantil era alugado e higienizado por empresa terceirizada. O percentual de roupa extraviada era de 6% ao mês com pico de 11% (quando a meta desejada de 2% ao mês).

Diagrama de Causa e Efeito de Ishikawa

**Intervenção:**

- Definição, junto à enfermagem, de “kits” de roupas de acordo com as necessidades específicas: centro cirúrgico, enfermaria, pronto socorro, unidades diagnósticas, conforto médico; programação da entrega dos “kits” de roupa limpa e monitoramento da quantidade de reposição (reposições programadas e reposições extra) das roupas nos setores: junho de 2009

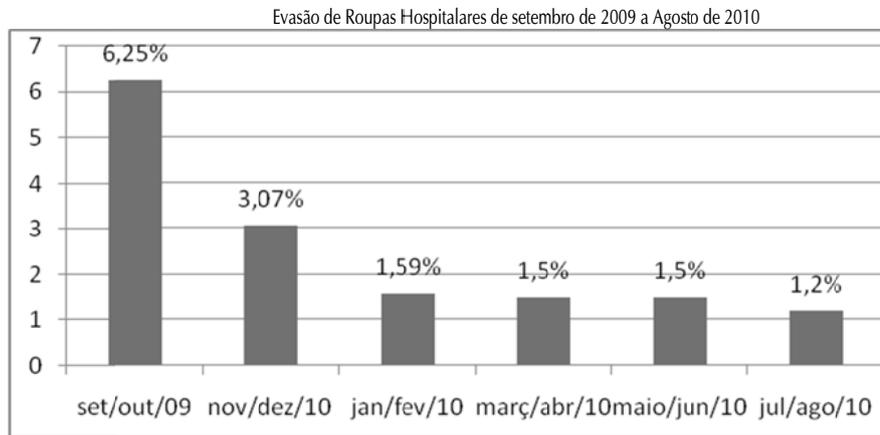
- Acompanhamento da pesagem das roupas: junho de 2009

- Instalação de “chapelaria” para entrega e controle das roupas privativas para uso nos vestiários do Centro Cirúrgico: abril de 2010

-Controle de roupas no conforto médico com entrega de kit específico e implantação de armários rotativos: abril de 2010
 -Maior e melhor controle da distribuição e do consumo de roupas hospitalares com entregas fixas no período matutino e vespertino e por demanda da enfermagem no período noturno: abril de 2010.

Resultados:

- A porcentagem de evasão no período de setembro de 2009 a agosto de 2010 foi em média de 1,2 % ao mês, com pico de 3.1%.
- O peso de roupa lavada variou entre 20.927kg e 11.090 kg,ao ano com queda 12,1% no peso de roupa lavada
- O custo da higienização das roupas variou entre R\$ 57.967,79 e R\$ 19.630,27. com economia de 33% ao ano.
- Aquisição de enxoval próprio com reformulação do contrato apenas para lavanderia: outubro de 2010.
- Mudança do prestador de serviço com adequação do horário de entrega e retirada das roupas: fevereiro de 2011.



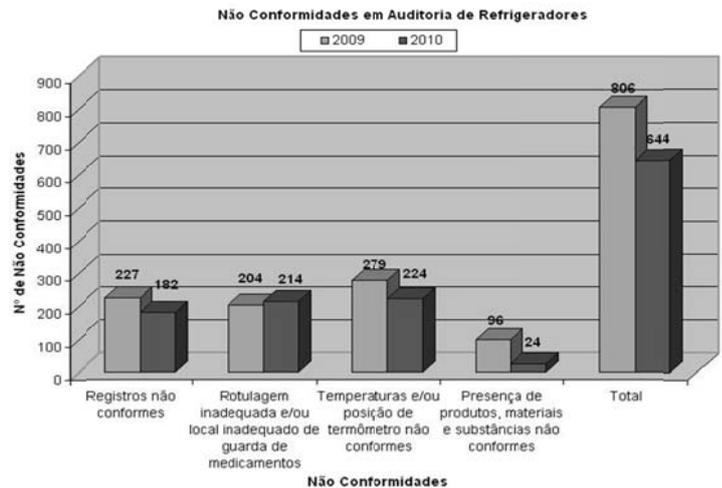
Qualidade e Segurança

RE_164_2011 - Segurança do paciente no uso de medicamentos e dietas mantidos sob refrigeração

Erika de Oliveira Santos, Ricardo Garcias Aparecido, Danielle Cunha de Souza, Daniela Santos, Jose Antonio Pascoal dos Santos, Sabrina Amelia de Lima e Silva, Marcelo Augusto Ferraz Ruas do Amaral Rodrigues, Juciene Rodrigues Leao

Palavras-chave: auditoria interna, refrigeradores, medicamentos, gestão da qualidade

A segurança do paciente em estabelecimentos de saúde está diretamente relacionada ao gestão de riscos e eventos adversos. Dentre esses destacam-se os relacionados à administração e conservação de medicamentos, nutrição parenteral e enteral. Objetivando a introdução de boas práticas e o atendimento às exigências da vigilância sanitária que identificou em inspeções eventos de risco relacionados aos medicamentos e demais itens mantidos sob refrigeração. Em resposta às notificações, o hospital implantou, por meio da gestão da qualidade, a prática da auditoria interna direcionada a esses itens. A metodologia consiste na realização quinzenal de auditorias. A primeira auditoria caracteriza-se na verificação detalhada das não conformidades envolvendo a rotulagem de medicamentos; os registros de temperatura e limpeza; os valores de temperatura máxima, mínima e atual; bem como a verificação de materiais não conformes dentro dos refrigeradores. A partir dos dados observados, segue-se a elaboração do relatório de auditoria interna, o qual é encaminhado aos coordenadores das respectivas unidades. A segunda auditoria consiste no acompanhamento da regularização das não conformidades observadas anteriormente. Ao final de 2009, a partir da análise dos dados identificou-se a necessidade de um conjunto de medidas que progressivamente foram implantadas visando a melhoria contínua. Foram revisadas instruções de trabalho contendo orientações para leitura, limpeza e registro adequado com divulgação ampla. Para os medicamentos reconstituídos, foi padronizada etiqueta de identificação com data, horário e validade. Ao final de 2010, os dados das auditorias mostraram que a rotulagem e local inadequados deveriam ser não conformidade prioritariamente melhor abordadas.



Qualidade e Segurança

RE_166_2011 - Gestão à vista: exposição e análise de informações com base na Gestão do Conhecimento

Marcelo Augusto Ferraz Ruas do Amaral Rodrigues, Érika de Oliveira Santos, Ricardo Garcia Aparecido Campos, Daniela Santos, José Antônio Pascoal dos Santos, Sabrina Amélia de Lima e Silva, Danielle Cucha de Souza, Marta Efigênia, Juciene Rodrigues Leão, Daniel Salvador

Palavras-chave: Gestão à Vista, conhecimento, informações, comunicação

O acompanhamento e a difusão dos resultados obtidos através da execução dos processos organizacionais em uma instituição de saúde visam a garantia da qualidade e a melhoria contínua dos serviços prestados. No hospital - instituição hospitalar pública terciária e quaternária – foi evidenciado em 2009, através das auditorias internas dos Quadros de Gestão à Vista, a dificuldade de disseminação dos resultados e informações pelo corpo gerencial para os demais colaboradores da instituição. Durante o processo de análise de causa e efeito, foi verificado que o problema encontrado estava relacionado às seguintes causas: resistência por parte das lideranças quanto à exposição de dados para os demais colaboradores, uma vez que essa prática era entendida como uma forma de expor as deficiências e dados estratégicos do setor para as demais unidades organizacionais, além disso, a existência de unidades que não monitoravam os processos executados, não possuindo dessa forma resultados formais para serem apresentados.

Diante de tais evidências, após análise entre os membros do escritório da qualidade e a diretoria do hospital, foi proposta a re-estruturação do processo de Gestão à Vista na instituição. Para realizar o projeto, primeiramente foi realizado o levantamento dos setores que necessitavam da intervenção na utilização dos Quadros de Gestão à Vista. Posteriormente foram elaboradas as normas e as instruções acerca dos documentos necessários para serem afixados nos Quadros. Dentre os documentos, destacam-se o mapa de relacionamento dos setores (cadeia cliente-fornecedor), a missão, visão e valores institucionais; e a ficha técnica dos indicadores de processos e resultados. Além da verificação dos locais estratégicos para afixação dos quadros. Após a elaboração dos instrumentos, foram realizadas reuniões com os gerentes e demais colaboradores da instituição para adequação à norma proposta.

Atualmente, o monitoramento dos Quadros é realizado semestralmente pelo escritório da qualidade, através de um instrumento de avaliação. Em Dezembro de 2010, após auditoria realizada foi verificado que, apesar da afixação dos quadros, algumas lideranças não o utilizam, e outras utilizam conforme exposto no escopo do projeto. Em algumas unidades organizacionais foi evidenciada a mudança dos processos a partir dos indicadores apresentados e maior envolvimento dos colaboradores nos colegiados internos. A adoção dessa prática deve ser entendida pelo corpo gerencial como uma forma de acompanhar e difundir os resultados dos processos aos demais colaboradores, instigando a discussão acerca de práticas adotadas na instituição e a viabilização da mudança a ser realizada. Mais do que um instrumento de comunicação, o Quadro de Gestão à Vista é utilizado para garantir maior proximidade e conhecimento dos profissionais acerca dos resultados e informações pertinentes à sua atividade.

A partir da filosofia de Gestão à Vista, continuamente o escritório de qualidade, baseando-se na educação contínua e quebra de paradigmas, busca uniformizar as práticas gerenciais na instituição.

Avaliação de Tecnologia

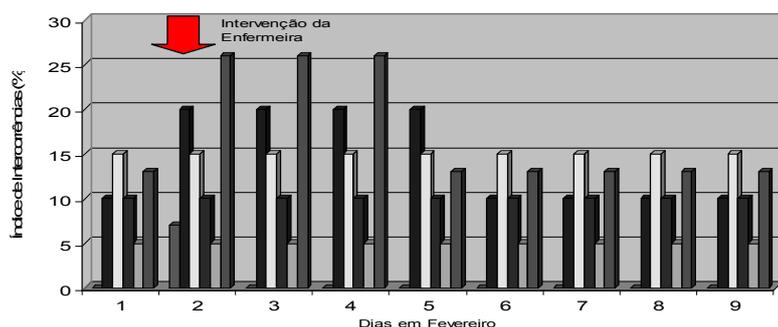
RE_167_2011 - Ferramenta para Identificar Intercorrência Clínica a Distância

Alessandro Freitas de Moura, Luiza Watanabe Dal Ben

Introdução: Entendendo as dificuldades na comunicação à distância em uma empresa de home care, onde o paciente e equipe profissional estão à distância da sede, foi criado, em 2004, um instrumento de avaliação de intercorrências clínicas chamado “Ficha de Alerta Clínicos”. Nesta ficha, os Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, através da observação direta dos sinais e sintomas, registrava e informava as intercorrências clínicas ao enfermeiro supervisor, via telefone, disponibilizado pela empresa, à Central de Atendimento. O atendente registrava essa informação no sistema e após o registro o enfermeiro supervisor acessava as informações. Posteriormente, esta comunicação passou a ser realizada via smartphone e nesta modalidade a equipe tinha dificuldade para digitação dos dados, por causa do tamanho do teclado, sendo assim, optou-se pela implantação de netbook (agosto de 2010), sendo possível também, o registro da evolução clínica de toda a equipe multidisciplinar, e fácil acesso, agilizando o atendimento e prevenindo agravos.

Descrição do problema: Paciente M.N.G., com idade 76 anos, diagnóstico: ITU, Enfisema Pulmonar, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica; em internação domiciliar a 04 anos; última internação hospitalar em janeiro de 2010 por cirurgia de prótese total de joelho esquerdo. Paciente não deambulante, índice de Katz - muito dependente, SVA, cateter de oxigênio BIPAP noturno. Plano terapêutico: Fisioterapia -1x/dia durante 5 dias da semana; visita médica – uma a cada 15 dias; visita da enfermeira e assistência de enfermagem 24 Horas. Na passagem de plantão no dia 02/02/2010, o TE ao realizar a avaliação dos sinais e sintomas, observou odor fétido e forte (ficha alerta - F 76 e 77) e desconforto respiratório (ficha alerta – B 10). Após realização da digitação destes itens, a Enfermeira na sede imediatamente foi ao domicílio e realizou avaliação deste paciente, comunicou-se com o médico titular, que solicitou exames laboratoriais e aumento das sessões de fisioterapia. Foi diagnosticada infecção urinária, iniciado o tratamento com Antibióticoterapia e houve resposta clínica positiva. Em três dias os padrões alterados voltaram ao de habitual (gráfico 1).

Resultado obtido: O sistema de comunicação e ficha de alerta clínicos agilizou o atendimento ao paciente, permitindo o início imediato do tratamento médico, aumento nas sessões de fisioterapia, evitando assim possibilidade de hospitalização. A melhora na qualidade de assistência e segurança do paciente ficou em evidência de forma clara e objetiva com a implantação deste novo equipamento. Observou-se que houve maior adesão da equipe multidisciplinar; que o médico registra as evoluções com maior frequência, além de acessar o prontuário via web. Este investimento demonstra a eficiência, eficácia e satisfação do cliente pela resolubilidade.



Lançamentos dos itens da FICHA ALERTA

- Circulatório(A)
- Respiratório(B)
- Pele(C)
- Neurológico(D)
- Digestório(E)
- Sistema Urinário(F)

Qualidade e Segurança

RE_168_2011 - Implantação do Protocolo Institucional para Profilaxia Antimicrobiana em Cirurgias

Carla Guerra, Angela Sola, Fernanda Maciel Paschoin, Luis Fernando Paes Leme, Marcia Maiumi Fukujima

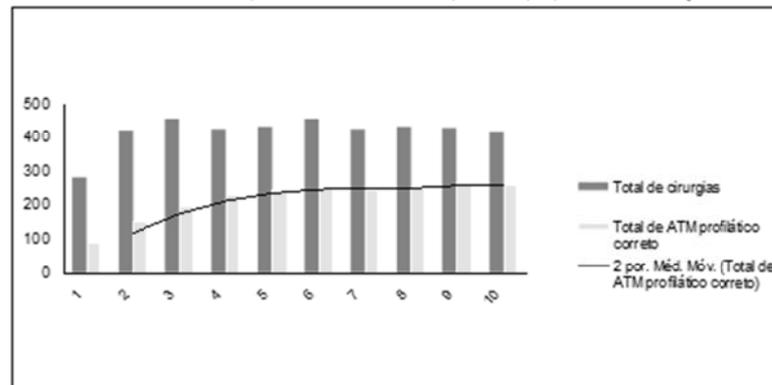
Introdução: O uso de antibióticos profiláticos para prevenir infecções do sítio cirúrgico (ISC) constitui prática organizacional recomendada (ROP) a ser monitorada nas instituições com a metodologia canadense implantada.

Problema: As ISC apresentam elevada morbi-mortalidade, prolongam o tempo de internação e elevam os custos hospitalares. O uso adequado do antimicrobiano profilático é uma das principais estratégias para a prevenção da ISC.

Local: Hospital público estadual, terciário, com 266 leitos, destes, 82 leitos cirúrgicos. **Método:** O protocolo institucional para padronização do antimicrobiano de escolha para cada procedimento cirúrgico foi estabelecido durante as reuniões do colegiado de cirurgiões com a participação da infectologista do serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH), diretoria clínica e comissão de gerenciamento de risco. Foi desenvolvido um formulário para controle da realização do antimicrobiano profilático no intra-operatório que deveria ser preenchido pelo anestesista. O antimicrobiano padronizado para cada procedimento foi incluído na caixa de medicações anestésicas específica para cada cirurgia. Através desse formulário a equipe do SCIH avaliava se o antimicrobiano profilático era administrado no momento intra-operatório e a farmácia iniciava o acompanhamento do caso para suspender o envio da medicação após 48 horas, conforme definido em protocolo institucional.

Resultados: No decorrer do ano observamos melhora gradativa na adesão ao protocolo entre todas as especialidades cirúrgicas. O efeito da implantação completa desse protocolo diretamente na diminuição das taxas de infecção do sítio cirúrgico será acompanhado no decorrer dos próximos meses.

Gráfico 1 - Análise da adesão ao protocolo de antimicrobiano profilático por procedimento cirúrgico (n=4172)



A taxa de adesão inicial foi de 85% e em 6 meses após implantação do protocolo a taxa subiu para 99%.

Conclusão: O compromisso e o empenho individual dos profissionais no cenário hospitalar são imprescindíveis, porém não suficientes para questões que envolvam mudanças de processos. Visando alcançar a “segurança nos procedimentos cirúrgicos”, acreditamos que esse projeto multidisciplinar exemplifique o envolvimento da instituição para garantia da execução deste ROP como prática rotineira.

Qualidade e Segurança

RE_170_2011 - Implantação de Checklist na UTI Pediátrica para Promoção da Segurança do Paciente – Relato de Experiência

Roberta de Jesus, Fabiana Pereira das Chagas, Fabiana Lucia Passos

Palavra chave: Enfermagem, Segurança, Indicadores de qualidade em assistência à saúde

Os profissionais de enfermagem na UTI Pediátrica devem estar preparados para oferecerem um atendimento rápido e seguro, proporcionando a recuperação do paciente criticamente enfermo e intervindo adequadamente nas situações emergenciais.

Com o uso de tecnologias avançadas e pacientes que requerem cuidados cada vez mais complexos, a equipe de enfermagem não está livre de cometer falhas, o que interfere no tempo de internação, na incidência de complicações e na mortalidade.

Pensando em prevenir a ocorrência de eventos adversos e garantir uma assistência segura e de qualidade foi elaborado um instrumento na forma de checklist, que consiste na conferência de itens essenciais para a segurança do paciente e na identificação de não conformidades, evitando possíveis eventos adversos.

Este estudo trata-se de um relato de experiência demonstrando a elaboração, implantação e avaliação do checklist. O instrumento começou a ser aplicado em janeiro de 2010, sendo a primeira avaliação no período de janeiro a junho de 2010 e foi reavaliado entre julho de 2010 e janeiro de 2011.

Para elaboração do instrumento foram selecionados os materiais e equipamentos que deveriam estar presentes no leito em casos de emergência e algumas condições necessárias para promover a segurança do paciente. A partir disso foram listados 15 itens que compuseram o checklist.

Os enfermeiros realizaram o treinamento dos técnicos de enfermagem, que ficaram encarregados de, no início de cada plantão, checar os itens, identificar as não conformidades, comunicar aos enfermeiros e realizar a adequação ou correção dos mesmos. Inicialmente os técnicos de enfermagem demonstraram preocupação em relação ao tempo gasto para execução do checklist. Após o período de adaptação, observou-se que o grupo incorporou essa atividade à rotina diária, identificando e corrigindo as não conformidades no início de cada plantão. Na primeira avaliação havia 1127 checklist, sendo que 17,6% apresentaram não conformidades que estavam relacionadas ao risco para infecção, segurança do paciente em emergências, segurança do paciente relacionada à terapia intravenosa e outras não conformidades. Na segunda avaliação 6 meses após o início da aplicação do instrumento, haviam 1358 checklist, e destes 11,6% apresentaram não conformidades. Observamos que houve a diminuição de não conformidades no decorrer da aplicação do instrumento, o que proporciona uma assistência mais segura, pois houve queda significativa no risco de infecção e na colaboração para um atendimento mais ágil em emergências.

A utilização do checklist demonstrou que práticas e ações simples são capazes de proporcionar uma atuação de enfermagem qualificada e uma assistência eficaz e segura ao paciente.

Qualidade e Segurança

RE_171_2011 - Contratualização de Resultados: uma Estratégia de Gestão que favorece a Qualidade e a Segurança nos Serviços de Saúde Pública

Elisabete Costa Reis Dutra, Helidéa De Oliveira Lima, Darissa Marielle Lucas Ferreira

Uma Secretaria Estadual de Saúde vivencia um momento de redesenho de seus processos e suas estratégias, visando reorganizar e modernizar suas ações, estabelecendo uma nova estrutura de Gestão focada em resultados e seguindo o modelo de Governo utilizado no Estado.

Desde 2003 têm sido criados programas prioritários voltados para os principais problemas de saúde do Estado e a gestão desses programas com eficiência é um grande desafio para os gestores públicos. Dentre as estratégias utilizadas destacam-se os contratos de gestão, instrumentos utilizados em favor de uma administração pública por resultados e com o propósito de equilibrar objetivos e de favorecer a descentralização, o controle e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. No caso específico da gestão dos programas prioritários a principal inovação está em uma modelagem contratual única com normas gerais de execução, acompanhamento e avaliação para as instituições de saúde ou para municípios que participam de diferentes programas.

Partindo da premissa de que uma boa gestão é aquela que alcança resultados, a minuta contratual única possui anexos de metas para cada programa estadual e um anexo de pagamentos que determina acompanhamentos e avaliações de forma mais objetiva, padronizada e transparente. O desenvolvimento de mecanismos eficientes de contratualização concretiza, de algum modo, a necessidade de se adotar uma cultura de gestão de serviços voltada para o cidadão, necessariamente modelada pela eficiência e efetividade da atuação pública e sustentada por princípios de avaliação do desempenho e pela responsabilização. Sendo assim, o Estado, por meio dos Anexos de Metas contratuais, pactua com os municípios, hospitais e centros de atenção secundária, indicadores qualitativos e quantitativos introduzindo inovações e favorecendo a adoção de boas práticas para proporcionar melhorias e gerar mais segurança nos serviços prestados.

A partir de uma bem estruturada formalização contratual, é executado um monitoramento quadrimestral por uma comissão com cronograma fixo de trabalho e que conta com participantes do Estado, município e da instituição contratada. Essa comissão elabora um relatório que é lançado em sistema web, que será recebido e analisado pelas áreas responsáveis pela formalização do contrato e pela gestão do programa. Por meio desse relatório são determinados os descontos relativos aos indicadores e metas que não foram cumpridos pelos contratados. Anualmente, é realizada ainda uma avaliação por uma comissão específica que revê os indicadores e metas, podendo também sugerir a exclusão de algum beneficiado dos programas, com base na análise de seu desempenho anual e considerando a visão estratégica do Estado.

A partir dessa estruturação, essa Secretaria Estadual de Saúde vem alcançando grandes avanços e melhorias dentro da lógica do seu Planejamento Estratégico e de seus projetos prioritários, favorecendo o estabelecimento de uma relação consistente com seus contratados e clarificando os objetivos do sistema de saúde, implicando ainda em uma gestão contínua e efetiva das responsabilidades e dos compromissos pactuados. Assim, é possível verificar que uma formalização contratual bem estruturada é uma estratégia de gestão que favorece a qualidade e a segurança nos serviços de saúde pública e torna-se um eixo fundamental para os avanços na assistência à saúde focada no cidadão.

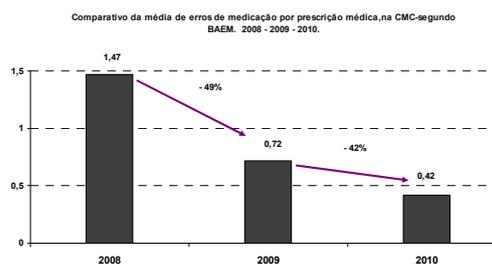
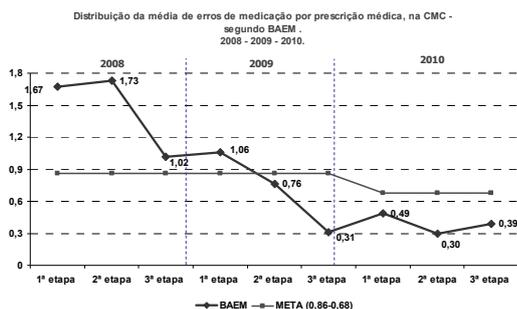
Qualidade e Segurança

RE_174_2011 - Gerenciamento e Vigilância de Risco para Redução dos Erros de Medicação na Clínica Médico Cirúrgica (CMC)

Tatiane Ramos Canero, Isabelle Maria Bortotti Bérghamo, Carla Bernardes Ledo, Denise Isabel Luiz, Claudia Regina Laselva

Introdução: O gerenciamento de medicamentos é um processo complexo que envolve médicos, enfermeiros, farmacêuticos, pacientes e demais membros da equipe. Para garantir a segurança deste processo, novas condutas e iniciativas devem ser constantemente atualizadas. De acordo com o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*, a prevenção de eventos adversos com medicamentos é um dos doze módulos de gerenciamento de riscos contemplados na campanha "5 milhões de vidas". Segundo dados do *Institute of Medicine*, estima-se que erros de medicação prejudicam 1,5 milhões de pessoas a cada ano nos Estados Unidos, resultando em uma alta de U\$ 3,5 bilhões em custos médicos adicionais. Na instituição de estudo existe um processo de qualidade assistencial que busca ativamente a ocorrência de erros de medicação, na prescrição médica, denominado Busca Ativa por Erro de Medicação (BAEM), com foco na reconciliação medicamentosa, medicamentos não administrados, erros de frequência, tempo de infusão, alergia não considerada e atraso nas doses dos medicamentos. No início de 2008, o desempenho da CMC no BAEM foi 94% inferior à meta preconizada para a instituição (Meta institucional – média de 0,86 erros de medicação por prescrição médica / Desempenho CMC – média de 1,67 erros de medicação por prescrição médica).

Objetivos: - Desenvolver estratégias para minimizar a ocorrência de erros de medicação na CMC; - Reduzir o número de erros de medicação por prescrição médica na CMC; Metodologia: Dede 2008 foram desenvolvidas atividades que envolveram: a criação de um grupo de medicação da CMC, atuação do farmacêutico clínico nas unidades de internação, projeto de orientação do corpo clínico quanto às normas de prescrição médica, certificação dos profissionais de enfermagem em administração de medicamentos em centro de simulação realística, desenvolvimento de projeto com foque em reconciliação medicamentosa, auditorias de BAEM nas unidades da CMC, e implantação de vigilância de medicação. Resultados: Frente às ações desenvolvidas obtivemos uma redução de 71% no número de erros de medicação por prescrição médica, segundo análise do BAEM. Ocorreu a redução progressiva, da média de erros na CMC, durante os anos 2008 – média de 1,47, 2009 – média de 0,72, e 2010 – média de 0,42 erros de medicação por prescrição médica.



Conclusão: Promovendo mudanças culturais, quanto ao conceito de qualidade e segurança de medicamentos, por meio da intervenção direta da liderança imediata, da vigilância constante da equipe multiprofissional e auditorias. Concluímos que as ações desenvolvidas resultaram na redução do número de erros de medicação por prescrição médica na CMC. Frente a complexidade do processo, reconhecemos a necessidade do desenvolvimento de estratégias futuras, como o envolvimento do paciente e família.

Qualidade e Segurança

RE_175_2011 - Melhoria na Qualidade da Assistência Hospitalar - inovahosp

Simone Jogaib Daher, Jaqueline Moffati Ozório de Oliveira

O Estado do Espírito Santo vêm ao longo dos anos buscando estabilidade na condução das políticas de saúde pública. Ressaltamos que durante 20 anos anteriores e atuais houve descontinuidade de atuação dos gestores na gestão do sistema estadual de saúde, tendo sua condução marcada por problemas financeiros que desencadearam a desestruturação da rede estadual própria de serviços de saúde. Percebe-se então a necessidade de intervenção nos processos administrativos da organização e a atuação de uma gestão profissionalizada para o alcance da qualidade nos serviços. A adoção de tal lógica, porém, exige modificar uma cultura administrativa que passa a ter como foco o planejamento e o controle exclusivo de atividades e insumos. O Inovahosp se consolida como uma nova cultura gerencial, cuja essência está na mudança do sistema de relações entre os entes que passam a reger-se pelo princípio da parceria. Espera-se assim criar na rede estadual de serviços de saúde necessária, eficiente, com serviços resolutivos e de qualidade.

Metodologia

1) Realização de oficina para apresentação do projeto de Melhoria na Qualidade da Assistência Hospitalar - Inovahosp e discussão dos indicadores propostos para definição do Termo de Compromisso de Gestão Hospitalar (TCGH); 2) Normatização das propostas em resoluções estaduais; 3) Definição da equipe de monitoramento e avaliação por macrorregião com a participação de membros da Superintendência Regional de Saúde (SRS), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Conselho Estadual de Saúde (CES); 4) Definição de cronograma de visitas, (elaboração do formulário para realização do monitoramento, aferição das metas estabelecidas através dos planos de ação das unidades); 5) Realização de reuniões por macrorregião com a participação da SRS, SMS, SES e um representante da unidade participante para definição de prazos para o cumprimento das metas estabelecidas no TCGH; 6) Instituir e publicar portaria da comissão de monitoramento e avaliação; 7) Assinatura com as 16 (dezesesseis) unidades de saúde escolhidas do Termo de Compromisso de Gestão Hospitalar (TCGH).

Soluções Implantadas

Estratégias:

Gerencial: Lógica contratual, assinatura de termo de compromisso recíproco;
Parceria com os gestores locais;
Elaboração do Plano Diretor dos Hospitais (PDR)

Resultados Obtidos até o momento

a) Melhoria dos indicadores de eficiência, eficácia e efetividade na gestão da clínica, com incremento na qualidade da atenção à saúde oferecida à população; b) Implantação de Centros de Custos em 5 unidades participantes; c) Assinatura Termo Obrigações a Cumprir (TOC) com a Vigilância Sanitária Estadual (VISA) e as 16 unidades participantes; d) Contratualização de todas as unidades participantes com o Centro de Hematoterapia e Hematologia do ES (Hemoes); e) Implantação das comissões de farmácia e terapêutica, prontuário, CCIH e ética médica em 70% das unidades participantes.

Qualidade e Segurança

RE_176_2011 - Uso de Checklist como Ferramenta Adicional na Redução de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central

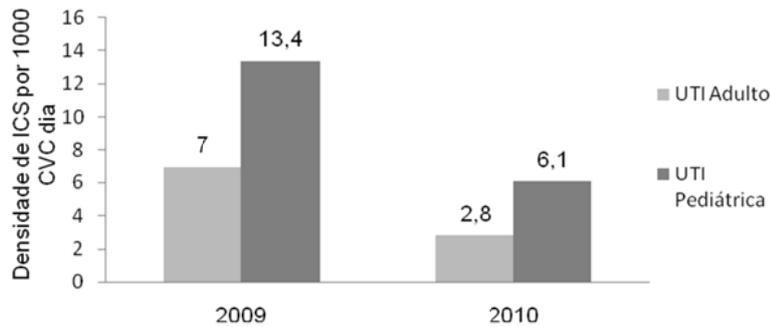
Adriana Maria da Silva, Ana Lúcia C. Lorena, Mara Lucia L. Ribeiro, Evandro Penteado Villar Felix, Priscila F Silva, Pedro A Mathiasi

Introdução: inúmeros estudos descrevem que a utilização de checklist contribui com redução das taxas de infecção de corrente sanguínea (ICS). Objetivos: avaliar o impacto da utilização do checklist na redução das taxas de ICS em uma instituição privada localizada na cidade de São Paulo. Materiais e métodos: Elaboramos um checklist com questões fechadas, baseadas no "bundle de prevenção de ICS" proposto pelo Institute for Healthcare Improvement. Após a elaboração, o instrumento foi apresentado e discutido com médicos e enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro Cirúrgico (CC). Todo paciente, assistido na UTI e CC, submetido à inserção de CVC, tinha um checklist preenchido pelo enfermeiro da unidade no momento da inserção. A coleta de dados ocorreu no período de 01 de outubro de 2009 a 31 de março de 2010. Durante o período de estudo, não houve alteração das rotinas e protocolos recomendados pelo Serviço de Controle de Infecção da instituição. Os dados foram organizados e analisados pelo EPIINFO, versão 3.3.2 de 2005. Resultados: Durante o período de estudo, foram analisados 383 checklist. Os resultados mostraram que após 3 meses da implantação do checklist, houve melhora significativa na adesão à anti-sepsia das mãos e no uso da clorexidina no preparo da pele do paciente (Tabela I). Foi observada importante redução na densidade de ICS (Gráfico I).

Tabela I. Adesão ao "bundle de prevenção de ICS". Período out/2009- mar/2010.

	2009	2010	p	Teste
Anti-sepsia das mãos	87% (203/232)	97% (146/151)	0,002	Qui-quadrado
Clorexidina na pele	13% (30/232)	38% (57/151)	< 0,001	Qui-quadrado
Campo estéril	98% (229/232)	98% (148/151)	0,684	Fisher
Luva estéril	100% (232/232)	100% (151/151)		
Máscara	100% (232/232)	100% (151/151)		
Avental estéril	99% (231/232)	100% (151/151)	1,000	Fisher
Gorro	98% (229/232)	100% (151/151)	0,282	Fisher
Acesso femoral	5% (12/232)	2% (3/151)	0,116	Qui-quadrado
Total	232	151		

Gráfico I. Densidade de ICS na UTI adulto e pediátrica. Período out/2009- mar/2010.



Conclusões: Os resultados deste estudo mostraram que o uso de checklist durante a inserção de CVC contribuiu para a redução das ICS. O uso do checklist, associado à elaboração de rotinas, treinamentos e envolvimento de toda a equipe, pode ser considerado uma excelente ferramenta para atingir os resultados esperados.

Qualidade e Segurança

RE_177_2011 - O Processo de Enfermagem como Caminho para Melhoria da Qualidade na Assistência

Edenise Maria Santos da Silva, Ana Caroline Ramirez de Andrade, Glenda Duarte, Jacimara Pereira Furquim Zandonella, Danielle Lopes Silva, Bruna Luana de Souza Farias, Angela Maria Bueno de Oliveira

Introdução O Processo de Enfermagem (PE) pode ser entendido como um método contínuo, crítico, ordenado, de se coletar, analisar e interpretar informações sobre as necessidades do paciente visando levá-lo a melhoria na sua condição de saúde. Consiste em Coleta de dados (Histórico de enfermagem); Diagnóstico de enfermagem; Planejamento; Implementação do plano de cuidados e Avaliação. Tal processo proporciona ao enfermeiro reafirmar a sua responsabilidade junto ao cliente assistido proporcionando uma prestação de cuidados individualizados, garantindo um plano de assistência com adequadas intervenções. Além disso, o PE melhora a comunicação entre a equipe prevenindo erros e repetições desnecessárias, orienta a supervisão do desempenho do pessoal e auxilia nas tomadas de decisão em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem. Ainda, permite a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência porque norteia as ações. Nesse enlace enfermeiras do setor de Neurocirurgia do Hospital do Servidor Público de São Paulo (HSPE) perceberam a necessidade de implementar o PE no referido setor, pois o mesmo exige cuidados complexos por parte da equipe de enfermagem e não há até o momento a implementação de todas as fases do PE. Com a intenção de mudar esta realidade algumas enfermeiras tiveram a iniciativa de se reunirem em um grupo para a construção de instrumentos que viabilizem o PE. Método Trata-se de um relato de experiência de abordagem crítico-reflexivo de cunho descritivo-compreensivo que tem como objetivo compartilhar a experiência de um grupo de enfermeiras do setor de Neurocirurgia do HSPE vivenciada no processo de implementação do PE. O setor conta com 27 leitos de Enfermaria sendo 03 infantis e 24 adultos, além de uma Unidade de Neurocirurgia de Alto Risco com capacidade para 10 leitos. O processo de Implementação iniciou-se em Novembro/2010 e para a formação oficial do grupo foram convidados todos os enfermeiros que trabalham no setor, dos 16 enfermeiros 14 se comprometeram a participar do processo de construção dos instrumentos. Resultados Foram realizadas duas reuniões nas quais foram discutidos os aspectos éticos e legais que envolvem o PE e sua importância para melhoria da qualidade da assistência e da segurança do paciente. Ao final da primeira reunião ficou acordado que o PE seria iniciado em etapas, e foi proposta a construção de instrumento para a coleta do histórico de enfermagem. Na segunda reunião foram apresentados dois instrumentos construídos pelas integrantes do grupo, após discussão optou-se por aplicar os dois instrumentos por 30 dias sendo que um na primeira quinzena e o outro na segunda quinzena do mês de fevereiro. Cada enfermeiro integrante do grupo conta com um questionário para avaliação dos instrumentos. Após a fase da coleta de dados, iniciará a formação de instrumentos para a implementação das outras fases. O PE é um processo de qualificação profissional, além de propiciar valorização, reconhecimento e otimização da assistência de enfermagem e sendo um processo dinâmico a implementação será acordada e concretizada mediante as reuniões do grupo e também reuniões com a equipe de saúde que compõe a quadro multiprofissional do setor de neurocirurgia. Palavras-Chave: Processo de Enfermagem; Qualidade da assistência; Cuidado.

Qualidade e Segurança

RE_178_2011 - Gestão Matricial – Uma Proposta de Comunicação Efetiva para Equipes Multiprofissionais e Multidisciplinares

Claudia Barbieri Tait Gandolfi, Katia Maria Padula

Problema: Um centro de reabilitação com atuação de diversas categorias profissionais e especialidades clínicas apresentava uma grande dificuldade de organização interna e comunicação entre as equipes, devido sua estrutura verticalizada. Havia conflito de comando e de condutas a cerca dos procedimentos a serem realizados nos pacientes. **Solução Implantada:** Implantação de uma forma de organização matricial, no qual equipes compostas por pessoas de diversas especialidades são reunidas com o objetivo de realizar tarefas com características em comum sem perderem as especificidades de suas funções, buscando desta forma aumentar a eficiência, descentralizar a autoridade e a responsabilidade, e trazer o controle das atividades para mais próxima dos responsáveis pela sua realização. **Resultados Obtidos:** Desde o início das atividades, em 2007, definiu-se que a forma de gestão deveria ser diferenciada. Para isto optou-se pela organização matricial que é uma forma mista de departamentalização, indicada especialmente em ambiente de equipes multidisciplinares e multiprofissionais, que traz várias vantagens em detrimento ao modelo tradicional de organograma verticalizado. Os processos foram definidos e geridos como atividades distintas, focados em seus objetivos, com hierarquia definida na matriz. Nesta estrutura, as pessoas permanecem vinculadas as suas respectivas unidades funcionais e movimentam-se apenas para desenvolver determinados processos, desempenhando diferentes papéis em cada um deles, de acordo com sua especialização e as habilidades necessárias a cada atividade, conforme demonstrado na figura abaixo:

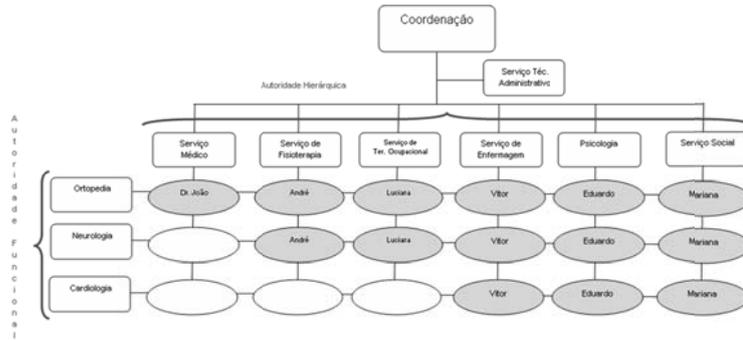


Figura 1 – Exemplo de Organograma Matricial (os nomes são fictícios)

Na implantação da Gestão Matricial foram observados os seguintes benefícios: a) Especialização no assunto - os profissionais dedicam-se prioritariamente e quase que exclusivamente aos processos em que estão envolvidos; b) Minimização dos custos e otimização de recursos – este sistema permite a disponibilização de recursos nas diferentes áreas funcionais, gerando melhor aproveitamento de recursos técnicos escassos, pois estes ficaram disponíveis para uma ampla gama de processos; c) Comunicação Efetiva – o conhecimento específico de cada um dos membros da equipe, em conjunto, proporciona um diferencial em relação ao resultado pretendido, tornando-se mais acertivo; e d) Rapidez na Tomada de Decisão - a equipe envolvida no processo tem o poder no processo decisório. Isto se dá principalmente pela comunicação entre as pessoas, onde a iniciativa é incentivada e excede as responsabilidades funcionais.

Todos estes benefícios do sistema matricial proporciona novos desafios e a responsabilização dos profissionais que dele participam, os quais não seriam comumente oferecidos em uma organização puramente funcional, gerando conhecimento comum das várias áreas assistenciais, resultando em interesse e motivação no trabalho, além de oferecer um atendimento de excelência aos pacientes.

Qualidade e Segurança

RE_179_2011 - Segurança do Paciente no Centro de Diagnóstico

Renata Lourenzen de Oliveira, Audry Elizabeth dos Santos, Rúbia Cristina Bozza Schwenck, Helen Maria Benito Scapolan Petrolino, Ivana Lucia C. P. Siqueira, Marcela Reale Barboza Burgo Guerra

Identificação do problema:

A preocupação com a segurança e a qualidade da assistência prestada aos clientes é uma constante nos serviços de saúde. O aumento da demanda a serviços de diagnóstico em estruturas hospitalares complexas onde são realizados exames diagnósticos, incluindo procedimentos invasivos, realizados sob sedação e anestesia, exige profissionais habilitados e processos de trabalho seguros. Este trabalho tem como objetivo diagnosticar os potenciais riscos a que os pacientes estão sujeitos durante o processo assistencial no Centro de Diagnóstico e propor ações de melhoria para aumentar a segurança do mesmo, prevenindo assim, o erro.

Solução implantada

Foram definidos os processos de maior risco através da análise dos eventos adversos e posteriormente revisão dos cuidados da prática assistencial e da literatura de cada processo selecionado e definidas as ações de segurança, benchmarking para verificação das ações de segurança dos pacientes. Elaborado um guia contendo o foco de atenção e a ação de segurança como um direcionador para uma assistência mais segura. Foi realizado o treinamento da equipe do centro de diagnóstico referente às ações de segurança e a distribuição do guia. Estas ações foram desenvolvidas no período de agosto a dezembro de 2010. Após este período iniciou-se o acompanhamento e a avaliação dos eventos adversos e dos indicadores relacionados aos processos selecionados através de auditorias mensais.

CONDUTAS PARA A SEGURANÇA NOS EXAMES E PROCEDIMENTOS		HOSPITAL SIRO-LIBANÉS	
Foco	Ações	Quando	
1. Metas Internacionais de Segurança (Meta 1 e 4)	Conferir o pedido prescrito médico com o procedimento	Pré	
	Check a pasta de identificação (nome e nº do protocolo atendimento)		
	Verificar o cumprimento de regras		
2. Realização do acesso venoso	Verificar necessidade de materiais específicos para o exame/procedimento	Pré	
	Realizar o Time Out		
	Analisar o endereço para identificação de localidade (habilitado potencial-adorar e profissional de referência)		
3. Realização do SSVV	Realizar punção com dispositivo adequado e considerar condições de acesso do paciente e tipo de cateter mais adequado ao exame que será realizado	Pré, durante e Pós	
	Testar acesso com solução salina antes de sua utilização		
	Verificar SSVV antes de início do procedimento		
4. Posicionamento adequado e uso de dispositivos de proteção	Mantendo monitoração durante o procedimento 15/15 min.	Pré, durante e Pós	
	Verificar após o procedimento		
	Caso apresente alteração em qualquer momento, comunicar enfermeiro/médico		
5. Prevenção de extravasamento	Manter paciente consciente se o SSVV estiver normal	Pré e durante	
	Encaminhamento do acesso - Assessoria do atendimento		
	Posicionar o paciente adequadamente para o exame atendendo para prevenção de lesões (pressão por compressão, tração ou estensão)		
6. Prevenção de flebite	Procedimento com previsão de duração superior a 2 horas utilizar cateter, pretensão de dilatar e rotular periodicamente para prevenir todos os aspectos de possível perfuração da pele.	Pré e durante	
	Check a possibilidade do cateter com solução salina		
	Realizar novo acesso caso o dispositivo presente não seja adequado para o uso		
7. Avaliação de sangramento e hematemas	Realizar ajuste de pressão e dispositivos	Durante	
	Mantendo cateter agulha para diminuir viscosidade facilitando a infusão		
	Monitorar a infusão de contraste e reconhecer a presença de qualquer sinal de extravasamento (dor e edema)		
8. Identificação/acondicionamento/encaminhamento correto	Realizar acesso venoso com solução salina após a infusão de contraste no diagnóstico considerado.	Durante e Pós	
	Monitorar local de acesso quanto a presença de dor, hemorragia ou local		
	Atentar alteração de PC e RR		
9. Avaliação do nível de consciência	Monitorar a presença de sangramento no local de intervenção em observações constantes, ítem e sítio	Durante e Pós	
	Analisar resultados de exames laboratoriais		
	Analisar presença de sangue em cateter		
10. Risco de queda (Meta 4)	Identificação correta dos anestésicos de rotina	Durante e Pós	
	Confirmação do perfil médico de anamnese padronizado		
	Acondicionamento do acesso em local adequado		
11. Risco de queda (Meta 4)	Encaminhamento para o laboratório determinado pelo médico	Pré	
	Aplicar o esmalte de Adhese no estômago de 15, após 15min, após 15min e após 15min		
	Antes de iniciar o paciente submetido a procedimentos invasivos, realizar avaliação, verificação com IMB (base de dados) 2 min e verificar SSVV, vitalidade e esmalte de Adhese superior a 2 pontos (sem distribuição acroparalela)		
12. Risco de queda (Meta 4)	Aplicar procedimento invasivo monitorar SSVV de 15/15 min no 1º, 30/30 min no 2º, 45/45 min no 3º e 75/75 min no 4º e 90/90 min no 5º	Pré	
	Aplicar procedimento invasivo monitorar SSVV de 15/15 min no 1º, 30/30 min no 2º, 45/45 min no 3º e 75/75 min no 4º e 90/90 min no 5º		
	Pacientes submetidos a procedimentos invasivos com anestesia se enrijecer devem ir a enfermeiro sempre acompanhado		
13. Risco de queda (Meta 4)	Monitorar após alta médica o paciente deve ser acompanhado	Pré	

Resultados

Dentro das ações propostas e implantadas ainda não há dados consistentes para análise comparativa devido ao curto espaço de tempo da implantação até o momento. A meta proposta é de 100% do cumprimento das ações de segurança pela equipe de enfermagem. Novas ações poderão ser realizadas para garantir a sustentação e adesão da equipe a este processo, como re-treinamento e conscientização da equipe de enfermagem. O monitoramento do processo é realizado continuamente.

Indicadores Assistenciais

RE_180_2011 - Informatização das planilhas dos indicadores e reestruturação do processo de coleta de dados e análise dos resultados em uma unidade ambulatorial sob gestão da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, SPDM

Veronica de Padua Mello, Andrea Aparecida Fonseca Monteiro, Joana Darc Ricardo Dos Santos

Identificação do Problema: A unidade ambulatorial Núcleo de Gestão Ambulatorial – 39 Santa Cruz, sob gestão da Organização Social da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), desde 2007. Em final de 2009 e 2010, a enfermagem, tendo como norteador que os indicadores de saúde constituem uns dos pilares para que se contemple uma gestão de qualidade, iniciou em 2009/10 a informatização das planilhas dos indicadores e reestruturação do processo de coleta e análise dos indicadores de saúde. Em anos anteriores a anotação dos indicadores era realizada por uma única colaboradora que transcrevia os dados em impresso próprio, que, por conseguinte direciona os dados para a supervisão de enfermagem a qual realizava o tratamento dos dados. No entanto, ocorria sub-notificação dos dados, falta de comunicação com outros colaboradores e registro inadequado. Fato que acarretava a não congruência da informação. A fim de aperfeiçoar e reestruturar indicadores foi introduzido computadores nos setores e construído um banco de dados, contendo planilhas reformuladas, sendo estas norteadas pelos quesitos: relevância, custo-efetividade, sensibilidade e confiabilidade.

Após a implantação foi realizado treinamento com a equipe de enfermagem sobre o registro e transmissão de dados e transmissão de dados. Além da sensibilização da importância do registro correto. A proposta em informatizar e reestruturar os indicadores teve como objetivo: implantação do sistema de informação informatização; avaliação das mudanças ao longo do tempo, análise da situação atual de saúde na unidade e sensibilização da equipe de enfermagem sobre os indicadores.

Metodologia: Para contemplar os objetivos, foi criado um banco de dados onde foram armazenadas as planilhas. Houve a implantação dos indicadores em computadores conectados para que transmissão ocorresse de um modo mais efetivo. Sendo a atualização dos indicadores semanalmente.

Resultados: Com o novo olhar e agir sobre os indicadores, notou-se que a sub-notificação apresentou uma queda considerável, houve uma mudança vertiginosa. No período de janeiro de 2010 para o mesmo período de janeiro de 2011, houve um aumento de 50% em relação a consultas de enfermagem, triplicou o procedimento de retirada de pontos, houve uma diferença em valor absoluto de 52 consultas de enfermagem-curativo, entre outros. Além da reformulação dos indicadores que se tornou mais compreensível para a equipe de enfermagem.

Conclusão: Com a implantação e reestruturação dos indicadores, houve um melhor parâmetro para direcionar e aperfeiçoar as atividades da enfermagem, priorizando metas. Redução da sub-notificação e maior envolvimento por parte da equipe de enfermagem.

Acreditação

RE_181_2011 - Comissão de Revisão de Prontuários: do papel para a ação!

Barbara do Nascimento Caldas, Regina Maria Tavares Melgaço, Lourdes Alexandrina de Castro Neves

Palavras-chave: registros clínicos, avaliação em saúde, indicadores, acreditação.

Identificando o problema: O presente caso refere-se a um hospital público, localizado na cidade do Rio de Janeiro, com 170 leitos, sendo 50 de terapia intensiva, que presta atenção especializada na área de saúde cardiovascular. Esta unidade, desde 2007, vem trabalhando com conceitos e ferramentas da qualidade visando à melhoria da assistência prestada. Para isso, destacou um grupo de 3 profissionais (o Comitê de Acreditação - CA) para coordenar e facilitar as atividades desenvolvidas nos diversos setores. Em março de 2010, o CA definiu entre suas metas a implantação de uma nova Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), já que a Comissão vigente à época não procedia à avaliação dos registros nos prontuários. **Solução implantada:** Considerando a necessária introdução de uma cultura de avaliação como condição *sine qua non* para a efetiva atuação das comissões hospitalares e que há, ao menos, duas barreiras para isso, uma cultural e outra operacional, os componentes do CA passaram a integrar a CRP. Este grupo assumiu a gestão executiva da Comissão e trabalhou junto com o Presidente do Corpo Clínico, futuro Presidente da CRP, o que acrescentou à nova Comissão um componente estratégico. **Metodologia:** O primeiro passo foi a pesquisa da legislação pertinente. Posteriormente, procedeu-se ao levantamento da documentação interna referente à CRP. Passou-se, então, à busca de relatos de experiência de outras unidades. As exigências do manual da *Joint Commission International* quanto aos registros clínicos também foram elencadas, servindo de diretrizes na elaboração dos documentos e procedimentos. Paralelamente à estruturação documental, o Comitê, juntamente com o Presidente do Corpo Clínico, definiu o perfil desejado para os demais membros da CRP. Estes deveriam ser profissionais da categoria médica e da enfermagem, cuja atividade principal fosse a atenção ao paciente e que fossem responsáveis por um setor ou equipe. Assim, passaram a integrar a CRP um médico da rotina de uma das UTI e a enfermeira do pronto-atendimento referenciado. Um médico que presta atendimento no ambulatório também ingressou na Comissão, totalizando 7 membros. A primeira reunião da CRP ocorreu em julho de 2010. Os 14 prontuários analisados possibilitaram um teste piloto do instrumento de avaliação elaborado. Nessa ocasião o regimento interno - previamente disponibilizado - foi homologado. O instrumento de avaliação dos prontuários - após as modificações sugeridas no teste piloto - apresenta 44 itens distribuídos em 14 seções (Identificação do paciente; Termo de Consentimento Geral; Avaliações; Evoluções e prescrições diárias; Transcrição dos resultados de exames; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para procedimentos; Transferência interna; Procedimento cirúrgico; Procedimento hemodinâmico; Transferência externa; Sumário de alta; Registros legíveis; Identificação do profissional e Ordenação do prontuário). Para o monitoramento das reuniões da Comissão foram definidos os seguintes indicadores: Reuniões realizadas frente às programadas; Percentual de presença nas reuniões; Número de prontuários avaliados; Percentual de prontuários avaliados e Média de prontuários por avaliador. **Resultados obtidos:** a Comissão de Revisão de Prontuários reuniu-se todos os meses desde a sua implantação. Nesse período, foram avaliados 121 prontuários correspondendo a 5,4% das altas de junho a dezembro de 2010. A média de presença foi de 77,6% e a média de prontuários por avaliador foi de 3,3. O trabalho da CRP vem sendo reconhecido pelos seus membros e pelo hospital, sobretudo pela constância e pelas informações geradas apresentadas em relatórios periódicos. Para 2011, a CRP pretende aumentar o percentual de prontuários avaliados, bem como ampliar a divulgação dos resultados da avaliação e auxiliar na implantação de ações para a melhoria da qualidade dos processos assistenciais e de seus registros.

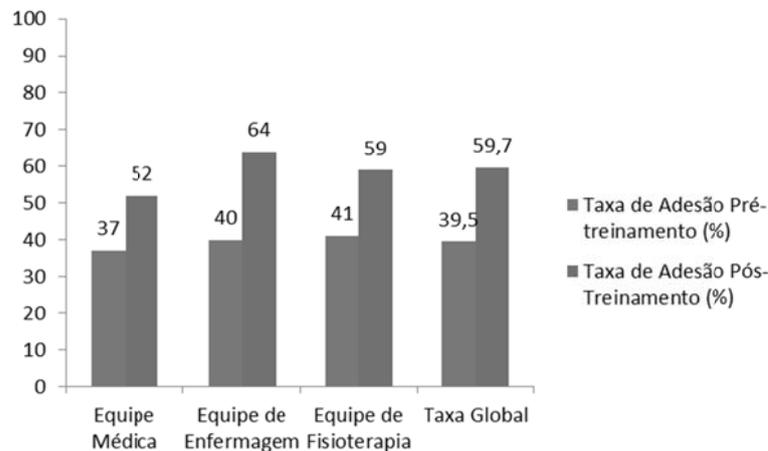
Qualidade e Segurança

RE_182_2011 - Impacto de um Programa Educacional na Adesão à Higiene das Mãos entre Profissionais da Área da Saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Adriana Maria da Silva, Priscila F Silva, Pedro A Mathiasi, Evandro Penteadó Villar Felix

Introdução: A higiene das mãos é a medida mais eficaz e de menor custo para prevenir e controlar a ocorrência das infecções relacionadas à assistência à saúde. Inúmeros estudos descrevem taxas de adesão insatisfatórias e ações voltadas para o seu aumento são descritas por instituições do mundo todo. A Organização Mundial de Saúde a descreve como uma meta internacional de segurança do paciente. **Objetivos:** Avaliar o impacto de um programa educacional sobre higiene das mãos na adesão dessa prática entre profissionais da área da saúde (PAS) de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI Ped). **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo longitudinal, realizado na UTI Ped, no período de julho a agosto de 2008. Fizeram parte deste estudo profissionais da equipe de enfermagem, médicos e fisioterapeutas. Os dados foram coletados pelo enfermeiro do Controle de Infecção em duas fases: duas semanas antes de um programa de treinamento (fase pré-treinamento) e duas semanas após o programa de treinamento (fase pós-treinamento). O método utilizado para coleta dos dados foi o de observação direta. O treinamento teórico-prático foi realizado pelo enfermeiro do Controle de Infecção, na própria UTI Ped. Os dados foram organizados e analisados pelo EPIINFO, versão 3.3.2 de 2005. **Resultados:** Foram realizadas 188 observações, sendo 96 (51%) na fase pré e 92 (49%) na fase pós-treinamento. A adesão à higiene das mãos na fase pré-treinamento foi de 39,5% (38/96), sendo que as três categorias profissionais apresentaram taxas de adesão semelhantes (enfermagem 40%; fisioterapia 41% e equipe médica 37%). Na fase pós-treinamento, a taxa de adesão foi de 59,7% (55/92) e a equipe que teve melhor desempenho foi a de enfermagem (64%), seguida pela de fisioterapia (59%) e médica (52%).

Gráfico I. Taxa de adesão à higiene das mãos no período pré e pós treinamento. UTI pediátrica HCor, julho-agosto 2008.



Conclusões: Os resultados deste estudo mostraram que a instituição de um programa de treinamento sobre higiene das mãos para PAS de uma UTI Ped, resultaram em um aumento na taxa de adesão. O treinamento realizado no próprio setor de trabalho também foi importante, uma vez que todos os profissionais presentes puderam participar e sanar dúvidas. Os dados deste estudo foram apresentados e discutidos com as equipes, e utilizados na elaboração de um Plano de Melhoria Contínua do setor.

Indicadores Assistenciais

RE_183_2011 - Implantação e seguimento de protocolo de trombólise em pacientes com Acidente Vascular Isquêmico em um hospital público – SUS

Gisela De Conti Ferreira Onuchic, Cláudia Elena Silva Nassif, Rosiane Juliane Ortigoza

Identificação do Problema: As doenças do aparelho circulatório são as maiores causas de morte no país, seguidas por câncer e causa externa (Datusus/MS 2008). Além disso, o AVC é a maior causa de incapacitação na faixa etária de maiores de 50 anos gerando seqüelas importantes e variadas morbidades. No hospital em questão, segundo dados epidemiológicos, o Acidente Vascular mostrou-se patologia muito prevalente com média de 22 casos de internações de novos AVCs ao mês, com a patologia representando 14% dos casos de óbitos na instituição. O hospital atua regionalmente, recebendo pacientes referenciados de pronto-socorros municipais, além de manter atendimentos por demanda espontânea. A atuação conjunta com a rede de Atenção Básica e SAMU evidenciou necessidade de introdução da trombólise a fim de alterar a morbidade, tentar a reversão da patologia e diminuir as seqüelas. **Solução implantada:** processo coletivo de desenvolvimento de fluxograma de atendimento, ficha prospectiva de avaliação dos casos com utilização de evidências clínicas consagradas e padronização de uso de rTPA (plasminogênio tecidual recombinante) nos AVCs isquêmicos admitidos no setor de Urgência Referenciada com menos de 3 horas de evolução e obedecendo critérios clínicos (escala NIH), laboratoriais (coagulograma e plaquetas) e de imagem (tomografia) listados no protocolo. A equipe de médicos clínicos gerais foi treinada para o manejo da trombólise, assim como foram conscientizadas as equipes de profissionais dos setores de atendimento, radiologia e laboratório, buscando ação rápida e conjunta para o diagnóstico e a terapêutica. **Metodologia:** Gerenciamento de protocolo institucional para a patologia com o objetivo de garantir o trabalho multiprofissional e a integralidade do cuidado e o desenvolvimento de planilha para análise contínua dos indicadores de resultado com divulgação institucional periódica. **Resultados obtidos:** Entre os novos AVCs atendidos o isquêmico representa 70% dos casos com predomínio na faixa etária entre 60 e 70 anos.

	2008	2009	2010
Total AVCs novos internados	249	263	291
AVCs isquêmicos	175	186	203
% AVC isquêmicos trombolisados	1,1%	2,7%	6,4%

O índice de trombólise atingiu níveis semelhantes aos descritos em serviços privados. As dificuldades na valorização dos sintomas iniciais pelo paciente e na busca de assistência médica são comuns ao público e ao privado. A intervenção terapêutica deve acontecer em até 3 horas após o início dos sintomas, mas a padronização do cuidado tem possibilitado a realização rápida do diagnóstico e o trabalho ágil das equipes hospitalares. Nos casos trombolisados houve apenas 2 óbitos, sendo 1 por

transformação hemorrágica e outro por infecção. A instituição da trombólise tem conseguido a reversão do NIH e/ou limitado a área de lesão cerebral. No acompanhamento ambulatorial de longo prazo, todos os casos apresentaram melhora do estado clínico inicial.

Indicadores Assistenciais

RE_184_2011 - Infecção de Sítio Cirúrgico: Estudo Prospectivo de 1949 Cirurgias de Correção de

Cardiopatia Congênita Adriana Maria da Silva, Priscila F Silva, Evandro Penteadó Villar Felix, Pedro A Mathiasi

Introdução: As infecções de sítio cirúrgico estão associadas a elevação da morbi-mortalidade, das taxas de permanência e dos custos financeiros. De acordo com a literatura, a taxa de infecção de sítio cirúrgico em crianças submetidas à cirurgia cardíaca varia de 0,5 a 28%.

Objetivo: determinar a incidência das infecções de sítio cirúrgico em crianças submetidas à cirurgia de correção de cardiopatia congênita.

Método: Estudo observacional, prospectivo, realizado no período de 01 de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010, em um hospital especializado, localizado na cidade de São Paulo. Fizeram parte desse estudo crianças com idade menor ou igual a 12 anos, que foram submetidas à cirurgia de correção de cardiopatia congênita no referido período. O diagnóstico de infecção de sítio cirúrgico foi feito pelo profissional do Controle de Infecção Hospitalar, seguindo os critérios do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta (EUA). Os métodos de vigilância epidemiológica utilizados foram os de busca ativa, busca passiva e pós-alta.

Resultados: Durante o período de estudo foram realizadas 1949 cirurgias de correção de cardiopatia congênita em crianças. A incidência de infecção de sítio cirúrgico foi de 2% (40/1949). Quanto à classificação, 55% (22/40) foram incisionais superficiais, 32,5% (13/40) incisionais profundas e 12,5% (5/40) de órgão ou espaço. Gram-positivos foram responsáveis por 60% (24/40) dos diagnósticos, seguido por 7,5% (3/40) de Gram-negativos e 5% (2/40) de Fungos.

Conclusões: Nesse estudo, a incidência de infecção de sítio cirúrgico em crianças submetidas à cirurgia de correção de cardiopatia congênita foi inferior à encontrada na literatura. Acreditamos que a existência de protocolos de prevenção de infecção de sítio cirúrgico associados a treinamentos periódicos e envolvimento de toda a equipe, foram fatores contribuintes para esse resultado.

Qualidade e Segurança

RE_185_2011 - O Impacto da Educação Médica Continuada na Qualidade do Atendimento do Pronto Socorro de um Hospital Público com Parceria Privada

Polyana Vulcano de Toledo Piza, Felipe Maia de Toledo Piza, Paulo Tierno, Ronald Maia Filho

1. Introdução

No atual cenário hospitalar humanizado, a qualidade no atendimento ao paciente usuário do sistema único de saúde (SUS) tornou-se fator fundamental para a sobrevivência das organizações públicas. Esse conceito da importância da satisfação do usuário no desempenho da Organização já vem sendo exaustivamente entendido e aplicado nas instituições privadas, contudo, no que concerne ao setor público, está sendo timidamente percebida enquanto alicerces há pouco.

2. Objetivo

Avaliar através da percepção dos pacientes, a qualidade do atendimento prestado pelo Pronto Socorro de um Hospital Público com parceria privada após implementação do projeto de Educação Continuada através da criação de um Estágio Remunerado em Clínica Médica para Médicos do setor de Pronto Atendimento do referido Hospital.

3. Discussão

A Qualidade no atendimento de Emergência ao usuário do SUS apresenta um elevado grau de dificuldade, pois depende da mudança de atitude de seus profissionais, sobretudo dos médicos, a despeito das necessidades materiais e organizacionais inerentes ao setor. Do ponto de vista dos pacientes, o Pronto Socorro representa o espaço que deve ser o mais eficaz, onde o mesmo possa ser atendido com rapidez. Contudo, o que temos na realidade do médico é uma dicotomia entre o bom atendimento e o atendimento prestado neste setor, repercutindo em um ambiente de pouca motivação pessoal e acadêmica.

O Relato de Experiência aqui exposto está calcado na criação e implementação de um projeto de Educação Continuada voltado para a qualificação dos médicos do Pronto Socorro do Hospital citado. Para tanto foi desenvolvido um Estágio Remunerado de Clínica Médica com duração de 2 anos totalizando 40 hrs/semana aprovado pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. O objetivo do Estágio é capacitar e motivar os profissionais médicos do setor de Pronto Socorro do Hospital e dessa forma incrementar a qualidade no atendimento deste setor.

4. Metodologia

A metodologia utilizada consiste na aplicação de um questionário (em anexo) aos usuários do setor de Pronto Socorro do Hospital referido 2 meses antes da implementação do projeto (Parte I) e posterior comparação aos questionários respondidos durante três meses após consolidação do Estágio (Parte II).

5. Resultado

O resultado em sua Parte I qualificou a classificação do setor como Regular, com índice de satisfação do usuário em 51.6%, dentre as justificativas apontadas pelos usuários para a classificação dada, as mais citadas envolvem qualificação insatisfatória dos profissionais e hostilidade no atendimento. Os resultados em sua Parte II evidenciaram um incremento do índice de satisfação dos usuários do setor para 66%

6. Conclusão

Assim, do mesmo modo em que o conceito de Qualidade tem sofrido mudanças ao longo dos tempos, deixando de enfatizar o produto para focar e superar as expectativas do usuário em relação ao serviço prestado, o espaço hospitalar público deixa de cumprir apenas com sua obrigação constitucional de prover saúde de forma igualitária e passa a oferecê-la de forma qualificada, ou pelo menos a pensar nela.

Indicadores Assistenciais

RE_186_2011 - Banco de Dados e Indicadores de Qualidade como Ferramentas na Gestão de UTI

Edésio Vieira da Silva Filho

Os autores apresentam Banco de dados com 10.967 pacientes cadastrados do início da UTI 1992 até dezembro de 2010(19 anos) e Indicadores de Qualidade em numero de 34 construídos e acompanhados em três anos, como ferramentas para Gestão de Qualidade em UTI. Foi utilizado o Balanced Scorecard(BSC) e Relatório de Análise Crítica Setorial e Desempenho(RACSD), Planejamento Tático Operacional(PTO), PDCA e 5W2h como metodologia em reuniões multidisciplinar. Descrevem-se os principais problemas identificados e elencam-se as resoluções. Entre elas:

1 - O aumento da média de idade dos pacientes admitidos de 52 para 58 anos –

Resolução – Criação da Primeira UTI pública com Leito compartilhado – tendo para todos os pacientes idosos (> 60 anos) e depois todos os pacientes acompanhantes 24h, e como resultado, menor taxa de permanência nesta idade e humanização.

2 – Número significativo de reinternação por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) devido pacientes ter alta hospitalar e não conseguir consultas e seguimento no Serviço Público.

Resolução – Criação do Ambulatório de Pós Alta de Cardiologia iniciado em 2003 com uma média de 80 consultas/mês, e no período de 8 anos foram realizadas aproximadamente 600 cateterismos, 200 cirurgias cardíacas e 250 angioplastias – em hospital de referência acordado pela equipe da UTI.

3. - Tempo de permanência em VM(Ventilação o Mecânica) significativa

Resolução – Fisioterapia até 22h como projeto inicial e programação para VM 24h.

4- Presença de Escaras de Decúbito e valores significantes – 24% mês

Resolução – Protocolo de Atendimento e prevenção de Ulceras e decúbito com redução significativa estando atualmente com uma média de 1,18 anual

5- Presença de Flebites em valores significantes – 2 mensal, com regressão para 0, 091 anual

6 – Morbimortalidade alta por pacientes com Insuficiência Renal Aguda e Crônica agudizada - 7% e todos os óbitos mensal –Aquisição junto a Sec.Saúde e viabilização de alocação na UTI de um Equipamento para Hemodialise e a contratação de uma Nefrologista com redução para 1%% de todos os óbitos mensal. Sendo realizada uma média de cinco hemodiálises por mês e 15 ciclos mensal

7 – Na integração do Hospital ao Projeto da Sec Saúde de SP “Doar São Paulo” a monitorizarão em conjunto com a Equipe de Captação, com presença do lindicador e revisão dos Óbitos na UTI (Sabe-se que 10% de todas as mortes em UTI é morte encefálica) contribuiu para um aumento de uma notificação e uma doação anteriormente , em média por 10 anos para oito doações em 2009 e 13 doações com 23 notificações em 2010.

São apresentados gráficos e valores dos 36 indicadores e do Banco de Dados e discutido metodologia aplicada.

Indicadores Assistenciais

RE_187_2011 - Análise dos registros de enfermagem relacionados à úlcera por pressão em um hospital universitário

Jane Cristina Dias Aves, Tatiane de Aquino Bandeira, Maria Isabel S. Carmagnani, Maria Helena Pignatti, Leila Blanes, Ieda Aparecida Carneiro

Palavras-chave: Auditoria em enfermagem, Úlcera por pressão, Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Resumo

Objetivo: Avaliar os registros de enfermagem relacionados à UP em prontuários auditados de pacientes que estiveram internados no Hospital São Paulo. Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo, realizado no ano de 2009. A amostra foi composta por pacientes que tiveram identificados em seu prontuário, nos registros de enfermagem, o risco de úlcera por pressão de acordo com a Escala de Braden e, posteriormente desenvolveram a úlcera. Foram contabilizados 624 pacientes, desses 118 desenvolveram UP, sendo acessado o prontuário de 97 pacientes. Os dados foram analisado utilizando o Teste de Wilcoxon e McNemar. Resultados: Dos 97 pacientes, 57 (58,8%) eram do sexo masculino, a média de tempo de internação foi de 36,2 dias. As UTIs apresentaram 57 (59%) pacientes com UPs seguida pelas unidades de internação 30 (31%). A idade variou entre 20 e 100 anos com média de 69,5 anos (DP=16). As principais doenças associadas foram as infecciosas, as metabólicas e as autoimunes seguidas pelas respiratórias e cardiovasculares. A UP sacral foi a mais frequente (85), sendo que 30 foram classificadas em estágio II e 22 em estágio I. A medida de prevenção mais utilizada foi o reposicionamento no leito (74) e a hidratação de pele (69). Em relação a Escala de Braden, 61 (62,8%) pacientes apresentavam a escala devidamente preenchida. Conclusão: Os dados do presente estudo revelam que apesar dos déficits nos registros relacionadas a UP, eles tem sido realizados pelos profissionais de forma gradual e atualizada.

Qualidade e Segurança

RE_188_2011 - Gerenciamento de Riscos na Hemoterapia

Lorraine Martins Diamante, Juang Horng Jyh

Introdução: Gerenciar riscos hospitalares envolve ações amplas, desde a identificação dos fatores de riscos, ao planejamento de medidas para a intervenção e prevenção. Para que estas ações tenham êxito, a Gerência de Risco Hospitalar (GRH), além de contar com o apoio da direção administrativa e técnica, deve estar capacitada para promover o envolvimento de todos os funcionários e colaboradores. Gerenciar riscos em hospitais públicos, também não é diferente, apesar de ser um grande desafio. Dentre um dos maiores desafios para a atuação da GRH, tem-se o processo de hemotransfusão, desde a sua indicação clínica, passando para a prescrição, solicitação, preparo, instalação e terminando com a retirada da bolsa e dos equipos. Neste processo hemoterapêutico devem ser avaliados e monitorados todos os efeitos indesejáveis para que medidas cabíveis possam ser prontamente instituídas. Objetivo: avaliar o processo transfusional hospitalar para fazer análise crítica e propor ações de melhorias para a segurança na hemoterapia. Metodologia: estudo realizado no hospital geral de referência regional, localizada na zona metropolitana leste de São Paulo, com 345 leitos ativos, sendo 49 de UTI, 149 clínicos e 147 cirúrgicos. Foram avaliados 20 episódios transfusionais (amostra de conveniência), em um período de 30 dias, dentro da Unidade de Terapia Intensiva Clínica e de Clínica Médica. Foi usada técnica de observação e acompanhamento direto através de um check-list para os passos do processo da hemotransfusão, em conformidade com a ANVISA – Ministério da Saúde referente ao processo de hemotransfusão. Os dados foram analisados conjuntamente com a construção de um diagrama de causa-efeito, Ishikawa. Resultados: da avaliação dos 20 episódios de hemotransfusão, obtivemos os dados: a) 1 não constava na prescrição médica, b) 2 não foram realizadas confirmação de identidade, c) 19 não foram conferidas sinais vitais antes da instalação do hemoderivado, d) em

nenhum caso foi realizada verificação de sinais vitais após 15 minutos, e) em nenhum dos 20 foi verificado sinais ou sintomas de possível reação adversa. Discussão: ficaram evidenciadas, falta de conhecimento na assistência em hemoterapia e pouco envolvimento da equipe de enfermagem (responsável por grande parte desta cadeia transfusional), bem como dos encarregados da agência transfusional, pelo não oferecimento de condições de transporte adequado da bolsa de hemocomponente para a retirada até o destino. Foram identificadas várias oportunidades para a melhoria, dos quais: a) aperfeiçoamento do sistema de checagem da identidade dos receptores, implantando bracelete contendo identificação, b) implantação de rotina de verificação dos sinais vitais, antes do início e durante a infusão (primeiros 15 minutos); c) reforço do sistema de investigação de eventos adversos; d) aquisição de recipiente adequado para o transporte da bolsa e aparelho próprio para o degelo. Conclusão: este trabalho permitiu a visualização do processo transfusional realizado dentro da instituição, com detecção de riscos reais e possíveis riscos aos pacientes, permitindo ações que reforcem a responsabilidade de cada profissional a cerca de todo o processo, conclamando ao trabalho em equipe. E pelas melhorias apresentadas, acreditamos estar no caminho certo para oferecer maior segurança e melhorar qualidade na assistência da saúde.

Qualidade e Segurança

RE_189_2011 - Gestão de Risco em equipamentos médicos e o Serviço de Enfermagem

Ana Maria Campo Alves da Cunha

Palavras-chaves: equipamentos médicos, enfermagem, gestão de risco

À medida que evoluímos tecnologicamente, aumentam as exigências de segurança na utilização de equipamentos nos ambientes hospitalares, e é cada vez necessário que os Enfermeiros estejam preparados para garantir esta segurança na assistência. Uma das principais dificuldades para a sua disseminação é o desconhecimento dos profissionais acerca das técnicas e conceitos envolvidos no gerenciamento de risco desses equipamentos. Este trabalho teve como objetivo, identificar o número de eventos adversos notificados a comissão de gerenciamento de risco, que envolveram equipamentos médicos, no ambiente hospitalar. A metodologia utilizada foi um estudo de caso, com pesquisa quantitativa, em um hospital de médio porte, localizado na cidade de São Paulo, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2010; utilizou-se a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente (OMS) onde é permitida a categorização de informações sobre segurança do paciente, utilizando conjuntos padronizados na área de equipamentos: apresentação inadequada, falta de disponibilidade, inapropriado para a tarefa, não limpo/ não estéril, mau funcionamento / não funcionamento, perda de conexões / perda de partes, erro no uso. Os resultados obtidos foram de 7 eventos, no período, sendo 5 no primeiro ano pesquisado e 2 no segundo ano. Os eventos tiveram como consequência queimaduras de segundo grau: duas lesões em pacientes ocorridas durante o ato cirúrgico (escroto e perna), duas lesões na mão do cirurgião (queimadura), uma falha de equipamento durante a internação na unidade de terapia intensiva. No segundo ano ocorreram 2 queimaduras, uma por bisturi elétrico e uma pelo uso do cauterio. Conclusões: Existe uma extensa classe de perigos associados aos problemas funcionais que podem ocorrer com os equipamentos médicos, merecendo um cuidado especial por parte da equipe de enfermagem. Por estarem presos a estruturas burocráticas, os Enfermeiros passam mais tempo em frente a registro do que ao lado dos pacientes, além da maioria não saber gerenciar os riscos referentes aos equipamentos por achar que é responsabilidade da engenharia clínica e não da equipe de enfermagem.

Indicadores Assistenciais

RE_190_2011 - Reconciliação Medicamentosa

Alessandra Caires Braga

Introdução: O H.G.P. é uma instituição pública não estatal, sem fins lucrativos, habilitada como OSS – Organização Social de Saúde. É um Hospital Secundário de Média e Alta Complexidade, que desde 2002 vem buscando creditações de qualidade. Tendo já conquistado as Certificações pela ONA (Organização Nacional de Acreditação) nível I, II e III e recentemente é o primeiro Hospital Público a ser acreditado Internacionalmente (Canadense). A busca pelo título Canadense foi proposta a partir de 2009, estabelecendo-se metas para se avaliar e implementar a qualidade dos serviços prestados, envolvendo a verificação diária de atividades e serviços em relação a padrões de excelência. O ROP (Práticas Organizacionais Requeridas) é definido como uma prática essencial em que as instituições participantes da Acreditação Internacional devem manter em funcionamento para aumentar a segurança do paciente e minimizar os riscos. Ao todo são trinta e um ROP's e o H.G.P. definiu o acompanhamento de treze deles, escolhidos em função das necessidades dos nossos clientes. Quatro deles foram voltados exclusivamente para unidade de farmácia: Segurança de Narcóticos, Controle de Eletrólitos Concentrados, Administração Oportuna de Antibióticos Profilática e Reconciliação Medicamentosa.

Objetivo: Neste trabalho apresentaremos os dados do ROP Reconciliação medicamentosa, buscando como estratégia o acompanhamento do paciente na admissão, transferência e alta hospitalar, a fim de evitar eventos relacionados à terapia medicamentosa em pacientes com perfis de hipertensão e diabetes.

Metodologia: Foram definidos três principais gatilhos para reconciliação medicamentosa: admissão, transferência e alta hospitalar. Na entrevista ambulatorial, foi realizada a caracterização do paciente. Pacientes de cirurgia eletiva foram encaminhados para o grupo pré-cirúrgico, formado por profissionais da equipe multidisciplinar com a presença do farmacêutico. O grupo pré-cirúrgico tinha como missão esclarecer sobre o procedimento, acolher o paciente e reduzir a ansiedade, a fim de garantir as condições físicas e clínicas do mesmo para a cirurgia eletiva. Por outro lado, na admissão do paciente foi realizada a entrevista farmacêutica na beira do leito, tanto para pacientes cirúrgicos como para não cirúrgicos, através do preenchimento do questionário desenvolvido pela unidade de farmácia para melhor conhecer o paciente e sua enfermidade. Na ocorrência de transferência deste paciente, o farmacêutico acompanhava a farmacoterapia, a fim de assegurar o processo. Na alta hospitalar, o paciente foi orientado pelo profissional farmacêutico em relação aos medicamentos prescritos pelo médico, principalmente quando este fazia uso de medicamento contínuo antes de sua internação. Para garantir a segurança do tratamento foi realizando acompanhamento telefônico no 5º, 15º e 30º dia após a alta deste paciente.

Resultado: De junho de 2009 início da reconciliação medicamentosa na instituição, o número de pacientes acompanhados eram de aproximadamente 15 pacientes / mês. No ano de 2010 a média mensal foi de 40 / mês, correspondendo a 167% de aumento com relação ao período anterior, contribuindo na diminuição de suspensão de cirurgia por ausência de condição clínica.

Conclusão: A Reconciliação Medicamentosa contribuiu com a diminuição do número de suspensão de cirurgias eletivas, de junho de 2009 até dezembro de 2010 de 12% para 7%. Tendo em vista melhoria dos resultados clínicos, tempo médios de internação do paciente, relação de custo e eficácia, otimizando a evolução do tratamento farmacoterapêutico para redução de suspensão de cirurgias eletivas.

Qualidade e Segurança

RE_191_2011 - Implementação de uma Central de Informação sobre Medicamentos (CIM) e a Descentralização deste Serviço nas Unidades Afiliadas

Daniela Vita

Palavras chaves: Central de Informação sobre Medicamento, Farmácia, Corporativo, O.S.S.

A informação em saúde vem sendo incorporada como instrumento institucional estratégico e prioritário em gestão, por ser essencial nos processos de tomada de decisão e de aplicação adequada de recursos. O CIM é uma unidade operacional que proporciona informação técnica e científica sobre medicamentos.

A Organização Social de Saúde (O.S.S) responsável por este trabalho administra 35 Unidades Afiliadas. Todas as Afiliadas, no período anterior a 2008, apresentavam histórico de questionamentos cujas informações não eram centralizadas e padronizadas. Entendendo-se a necessidade de padronizações de informações, registro e coleta de dados, a partir de 2008 foi elaborado o projeto de implementação do CIM, para servir como suporte e referência para todas as demais, centralizando e padronizando as informações. No planejamento da implementação do CIM Central foi realizado uma amostragem entre os Hospitais Afiliados com o objetivo de se estabelecer um fluxograma de trabalho e definir as demandas necessárias para a execução. Inicialmente pensou-se apenas na criação de um CIM Central, localizado em um Hospital no município de Taboão da Serra. Contudo, com o andamento do projeto e a divulgação do trabalho, verificou-se a necessidade de estabelecer Centros de Informações Descentralizados (CIM Local) localizados nas Farmácias das Unidades Afiliadas, mas seguindo as orientações e diretrizes do CIM Central.

Atualmente, o CIM Central é composto por um Farmacêutico e um Assistente Técnico, que estão subordinados diretamente à Gerência Corporativa de Farmácia e Superintendência da O.S.S. Além disso, todas as Unidades Afiliadas implementaram o CIM Local, subordinado ao CIM Central. Em cada CIM Local há a presença de um Farmacêutico Responsável por responder os questionamentos de menor complexidade, coletar informações e enviar dados ao CIM Central. A Equipe multidisciplinar encaminha os questionamentos ao CIM local, através de impressos padronizados ou outras mídias. Por sua vez, o CIM Local, em questões de média e alta complexidade, envia estes questionamentos ao CIM Central.

Como estratégia de divulgação de informações e do serviço, foi criado um grupo de e-mails onde estão atualmente cadastrados 507 profissionais, de diversos segmentos (técnicos, administrativos e outros) vinculados ou não a O.S.S. As informações veiculadas foram preparadas em forma de Boletins Mensais (divulgação do trabalho que está sendo executado nas Afiliadas pelos integrantes da Farmácia e divulgação dos questionamento respondidos) e Informativos (informações semanais veiculadas na mídia e atualização de legislação).

No ano de 2010 o CIM Central respondeu 75 questionamentos de média à alta complexidade. O total de questionamentos de baixa complexidade, respondidas pelo CIM Local, somaram 8.966. Destas, 5,5% representaram respostas ao Corpo Clínico, 26,3% respondidas à Enfermagem, 60,3% aos pacientes e 7,9% aos colaboradores da Farmácia.

Portanto, os resultados indicam que a implementação do CIM Central e do CIM Local foram essenciais para a prestação de informações rápidas e seguras, principalmente aos usuários de medicamentos, que representaram a maior parcela dos questionamentos respondidos.

A Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998 regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

A Lei Complementar nº 846 de 04/06/1998 regulamentou a parceria com entidades filantrópicas, que passaram a ser qualificadas como Organizações Sociais de Saúde e que, em decorrência dessa qualificação, adquiriram o direito de firmar Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado da Saúde, visando o gerenciamento de hospitais e equipamentos públicos de saúde.

Indicadores Assistenciais

RE_192_2011 - Experiência de Medicação Assistida aos Usuários do Serviço de Saúde Mental, ão Hospitalizados, de Acordo com o Modelo de Assistência dos Centros de Atenção Psicossocial

Luciana Cristina Reis Di Monaco

Palavras chaves: adesão, esquizofrenia, antipsicóticos, CAPS.

A desconstrução do modelo manicomial, ocorrida no Brasil a partir da década de 80, cuja proposta estava direcionada para a prática de saúde mental alicerçada em outros modelos de assistência, propiciou o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O primeiro CAPS brasileiro foi inaugurado no ano de 1987, na cidade de São Paulo e surgiu com a missão de acolher usuários portadores de transtornos mentais graves (psicoses), proporcionar projeto terapêutico singular e articular recursos da assistência com a finalidade de promover a autonomia dos usuários.

Estudos demonstram que a adesão ao plano farmacoterapêutico é essencial para maximizar os resultados de melhora clínica em indivíduos com esquizofrenia (VELLIGAN, LAM, ERESHSKY, MILLER, 2003). Recente estudo farmacoeconômico publicado (GILMER, DOLDER, LACRO ET AL, 2004) avaliou a relação entre adesão ao tratamento com medicamentos antipsicóticos atípicos, custos e taxas de internação. Os autores demonstraram que 24% dos pacientes não foram aderentes ao tratamento, 16% foram parcialmente aderentes e 19% utilizavam o medicamento em excesso. A baixa taxa do uso correto de medicamentos em pacientes com transtornos mentais graves, sobretudo esquizofrenia, refletem, invariavelmente no aumento da frequência de hospitalizações.

Como estratégia para obter-se a redução do risco de Resultados Negativos Associados ao Medicamento (RNMs) particularmente no que tange a não adesão ao tratamento, administração errônea e ingestão acidental, está sendo realizado no CAPS, a medicação assistida, que consiste no preparo de tiras contendo doses unitárias, preparadas pela Equipe de Farmácia, e encaminhadas ao Posto de Enfermagem, para serem administradas aos usuários intensivos e semi-intensivos, com supervisão.

O objetivo primário deste trabalho foi apresentar os indicadores da farmácia referente à medicação assistida, do CAPS representado por este trabalho.

De acordo com a avaliação clínica da equipe multidisciplinar em relação ao sofrimento psíquico do usuário e sua necessidade de assistência, os usuários são classificados como intensivos (comparecem diariamente no CAPS), semi-intensivos (comparecem até 12 dias/mês) e não-intensivos (comparecem até três dias/mês). A estratégia para a medicação assistida foi realizada apenas para usuários intensivos e semi-intensivos. Como o horário de funcionamento do CAPS foi de segunda a sexta-feira, das 8:00 as 17:00, as tiras contendo os medicamentos com a dose unitária também foram preparadas para os finais de semana.

Apresentando um quadro de colaboradores contando com um farmacêutico e três auxiliares de farmácia, no ano de 2010, foi possível atender, em média, 120 usuários ao mês, entre intensivos e semi-intensivos, os quais possibilitaram a preparação de 2.029 tiras, ao mês, em média. Utilizando como ferramenta de qualidade a dupla-conferência de prescrições, atingimos 100% da meta de dupla-conferência, o que incidiu na não ocorrência de erro de distribuição no atendimento de prescrições, pela farmácia.

Dados preliminares da análise dos prontuários nos permitem dizer que, a frequência de internações e re-internações dos usuários intensivos e semi-intensivos não ultrapassou a taxa de 10% e que os motivos das internações foram diversos e não propriamente a não adesão ao tratamento medicamentoso.

Qualidade e Segurança

RE_193_2011 - Implementação de uma Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores em uma Organização Social de Saúde

Janeth Tieko Nishida Suzuki

Palavras-chaves: Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores, Visitas Técnicas, O.S.S., Qualidade.

A Organização Social de Saúde (O.S.S.) é uma Associação Civil sem fins lucrativos, de natureza filantrópica. A O.S.S. responsável por esse trabalho administra 35 Unidades Afiliadas.

A Comissão Técnica de Qualificação de Fornecedores (CTQF) da O.S.S. tem como objetivo garantir que todo fornecedor esteja qualificado tecnicamente através de visita técnica e avaliação contínua. A CTQF iniciou seus trabalhos em 2003 e foi inicialmente formada pela equipe farmacêutica devido a observância da necessidade em se qualificar fornecedores de materiais e medicamentos. Atualmente a CTQF possui um estatuto com várias diretrizes, sendo composta por uma equipe multidisciplinar representada por vários setores como Farmácia, Laboratório, Suprimentos, Tecnologia da Informação, Hotelaria, Engenharia, Nutrição e Unidade de Portaria.

A qualificação de fornecedores é realizada através de Visitas Técnicas, onde a equipe visitante convocada é constituída (por uma equipe multidisciplinar) de acordo com o seguimento do fornecedor a ser visitado. Nessa visita é analisado documentos legais e procedimentos do fornecedor tais como fabricação, armazenamento, distribuição e transporte dos produtos comercializados. Essa avaliação visa garantir que o fornecedor e prestador de serviço estejam aptos a comercializar os produtos ou serviços e declarar a sua responsabilidade técnica e jurídica sobre o que está sendo ofertado. Após o término da visita, o fornecedor poderá ou não ser qualificado pela CTQF. Quando necessário, o fornecedor poderá enviar amostras de produtos à CTQF para estas sejam avaliadas quanto à qualidade e segurança dos materiais. No ano de 2010 a CTQF realizou 49 visitas para qualificação dos fornecedores.

Dentro de um processo de avaliação contínua, e com objetivos à garantia da qualidade, a CTQF elaborou a Avaliação de Fornecedores, constituída por um impresso padronizado pela CTQF e que deve ser preenchida logo após o recebimento de todos os medicamentos e materiais. O impresso avalia itens que vão desde a condição do transporte até condições de armazenamento. Esses dados são consolidados em um indicador e as informações são compartilhadas com a área de Suprimentos da O.S.S., no intuito de contribuir na melhoria dos processos.

Além da Avaliação de Fornecedores, a qualidade de todos os medicamentos e materiais são avaliados continuamente e todo e qualquer suspeita de desvio de qualidade deve ser notificado à CTQF, por meio de formulário padronizado, para que a suspeita seja investigada e, se necessário, resultar na desqualificação do fornecedor.

Com o objetivo de compartilhar os dados gerados pelo trabalho da CTQF, foi elaborado o Painel da CTQF, atualizado semanalmente e divulgado à todas as Unidades Afiliadas e ao Suprimentos. Neste painel estão inseridos todos dados dos fornecedores e produtos aprovados ou reprovados e o motivo da reprovação. Este painel é compartilhado pelo setor de Suprimentos para que as compras sejam realizadas apenas nos fornecedores aprovados pela CTQF. Atualmente constam no Painel da CTQF 334 fornecedores aprovados.

Portanto, podemos dizer que o trabalho desenvolvido pela CTQF é importante e essencial para o gerenciamento de produtos e fornecedores, no sentido de se obter o melhor custo/benefício e que o Painel da CTQF tornou-se um instrumento facilitador, tanto na aquisição quanto na consulta de marcas padronizadas na Instituição.



**Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde**

