



IX Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde

QUALIDADE E SEGURANÇA EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE

Anais 2009

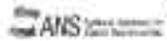
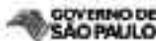


IX Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde

Patrocínio



Apoio



Sumário

Papers

T00005 - GERENCIAMENTO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS INDICADORES DE PERFORMANCE.....	6
T00006 - ABORDAGEM TELEFÔNICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE	6
T00007 - ACONSELHAMENTO TELEFÔNICO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	7
T00008 - PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS FATORES CAUSAIS DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS..	8
T00012 - DIFERENÇAS ASSISTENCIAIS NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO ENTRE AS MULHERES QUE UTILIZARAM PLANO DE SAÚDE VERSUS SUS	11
T00013 - INDICADORES DO GERENCIAMENTO DE DOR NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA	14
T00016 - ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE UTILIZADOS NOS CENTROS DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ACREDITADOS DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	16
T00018 - FORNECIMENTO DE KITS DE MATERIAL ESTÉRIL POR CIRURGIA: QUAL A AVALIAÇÃO DOS CIRURGIÕES E EQUIPE DE ENFERMAGEM?	20
T00019 - QUALIDADE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE MONTES CLAROS-MG.	24
T00020 - TREINAMENTO DE INTEGRAÇÃO SOBRE CENTRAL DE EQUIPAMENTOS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	27
T00021 - SUBSTITUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE ESFIGMOMANÔMETRO COM MERCÚRIO PARA ESFIGMOMANÔMETROS ANERÓIDES	29
T00028 - PRODUTIVIDADE SETORIAL EM HOSPITAIS DE ENSINO	30
T00036 - PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO E RACIONALIZAÇÃO DO USO DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR EM HOSPITAL PÚBLICO ...	32
T00037 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS LABORATÓRIOS NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO.	35
T00039 - FORMULAÇÃO DE AÇÕES DE GESTÃO ESTRATÉGICA NA PRÁTICA DA HOTELARIA HOSPITALAR PARA O BEM-ESTAR DO PACIENTE: CASO HOSPITAL SAMARITANO	38
T00044 - DOIS CONCEITOS INOVADORES NO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS E NO SEU CÁLCULO DE PRODUTIVIDADE.....	43
T00044S - AVALIAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS.....	47
T00046 - A GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR NO ESTADO DE MINAS GERAIS: A AVALIAÇÃO INICIAL DA QUALIDADE EM 126 HOSPITAIS	49
T00047 - GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR EM MINAS GERAIS – A AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS PRO-HOSP NO 1º PRÊMIO CÉLIO DE CASTRO	52
T00053 - PROGRAMA DE QUALIDADE SISTÊMICO É SEU? NÃO É MEU! É NOSSO. O PROBLEMA E A SOLUÇÃO	56
T00054 - A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES PEDIÁTRICAS PAUTADA NO MODELO AVALIATIVO DONABEDIANO.....	58
T00057 - A GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR EM MINAS GERAIS: UMA AVALIAÇÃO DO PRÊMIO CÉLIO DE CASTRO	62
T00067 - SAC - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE FOCO NO CLIENTE E NO PROCESSO.....	66
T00068 - ESTUDO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR COM BASE EM DADOS ADMINISTRATIVOS EM HOSPITAIS SELECIONADOS DO ESTADO DE SÃO PAULO	68
T00071 - IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (ROP) NAS MATERNIDADES MUNICIPAIS E CONVENIADAS VINCULADAS À REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SÃO PAULO.	72
T00073 - ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO ONA EM HOSPITAIS ACREDITADOS NO NÍVEL 3	74
T00077 - QUANTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS INTERAÇÕES ENTRE FÁRMACOS E ALIMENTOS OBSERVADAS NOS PACIENTES EM PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR.....	77
T00078 - ADEQUAÇÃO DO USO DO OXIGÊNIO POR MEIO DA OXIMETRIA DE PULSO, UM PROCESSO IMPORTANTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE	80
T00088 - AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO MULTIDISCIPLINAR NA TRIAGEM NUTRICIONAL PELA LÓGICA DIFUSA (FUZZY).....	82
T00091 - PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS RESULTADOS DOS INDICADORES NA MELHORIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	86
T00094 - DROGAS DE ALTO ALERTA (DAA): IMPACTO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	89
T00096 - GERENCIAMENTO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO	92
T00097 - UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO COMO INSTRUMENTO GERENCIAL EM HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE.....	93
T00099 - SISTEMATIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DE GESTÃO DE RISCO NAS TRANSFUÇÕES E DA HEMOVIGILÂNCIA EM HOSPITAL....	98
T00105 - MUDANÇAS NA RELAÇÃO ENTRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A REDE DE SERVIÇOS DO SUS: PROJETO ALTA REFERENCIADA.	102
T00108 - INDICADORES GERENCIAIS PARA PATOLOGIA CLÍNICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RJ). 106	
T00110 - ASPECTOS TÉCNICOS E INSTITUCIONAIS DAS DIMENSÕES EFICIÊNCIA, QUALIDADE E ACESSO UNIVERSAL EM NOVOS MODELOS DE GESTÃO PARA A SAÚDE.....	110
T00118 - CENTRAL DE REGULAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA: INTEGRAR PARA PROTEGER	114
T00122 - A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO AMBIENTAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO.....	117

T00126 - AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO PARA GERENCIAMENTO DE INDICADORES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO PAULO	120
T00128- HOSPITAL-DIA NO BRASIL E REGIÕES SELECIONADAS	122
T00132 - GERENCIAMENTO DE CASOS: NOVA ESTRATÉGIA ADOTADA PELA REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SÃO PAULO	125
T00139 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL NA DIFUSÃO DE CONHECIMENTO DE PRÁTICAS DE GESTÃO HOSPITALAR	127
T00142 - MONITORAMENTO DO DESEMPENHO HOSPITALAR ATRAVÉS DE MODELOS PREDITIVOS DE RISCO PARA A MORTALIDADE HOSPITALAR NO SIH-SUS.....	131
T00143- QUALISUS: UMA PRÁTICA DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DO RISCO.....	132
T00144 - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DO PICC	135
T00146 - ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.....	136
T00147 - LICENÇA MÉDICA COMO INDICADOR DE QUALIDADE NA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: VALIDAÇÃO NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM.....	139
T00151 - MORBIDADE INTRAOPERATÓRIA EM UM HOSPITAL PRIVADO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE 3680 PACIENTES.....	143
T00155 - EVOLUÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA A PARTIR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ESTIMADO PELA ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA.....	147
T00157 - POLÍTICAS DE GESTÃO E SEGURANÇA NO TRABALHO EM EMERGÊNCIA: O QUE IMPORTA PARA GESTORES, TRABALHADORES E ESTUDANTES?.....	149
T00158 - ESTUDO DE UMA REDE HOSPITALAR COM BASE NA METODOLOGIA DRG: METODOLOGIA DE COLETA DOS DADOS, ESTRATÉGIA DE ANÁLISE E RESULTADOS PRELIMINARES.....	152
T00159 - ANÁLISE DA ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUANTO ÀS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO POR CONTATO EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.....	155
T00160 - APLICAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA NA AUTOMAÇÃO DE PROCESSOS EM MEDICAÇÃO.....	158
T00162- COMUNICAÇÃO E ACESSO A INFORMAÇÕES NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL.....	163
T00168 - O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SETOR SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	165
T00169- QUALIDADE EM TERAPIA INTENSIVA: CUIDADOS PREVENTIVOS NA EXTUBAÇÃO ACIDENTAL	168
T00171 - OTIMIZAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UMA UNIDADE SEMI INTENSIVA ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO À BEIRA LEITO ENTRE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM.....	170
T00175 - POLÍTICA DE GESTÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES E DE SUPORTE À VIDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO E GERAL – GESTÃO DOS RISCOS E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE.....	173
T00177 - O USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O CASO DA UNIMED-BH.....	177
T00178 - ETAPAS DE MODELAGEM PARA O AJUSTE DE RISCO POR REGRESSÃO LOGÍSTICA	179
T00182 - CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UTILIZAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE	183
T00183 - MODELO DE GESTÃO DE ATENDIMENTO – INTEGRAÇÃO DA ÁREA ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL	186
T00185 - PROGRAMA DE INDICADORES LABORATORIAIS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL E CONTROL-LAB	189
T00187 - IDENTIFICAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE MORBIMORTALIDADE EM UMA AUTO-GESTÃO DE SAÚDE.....	192
T00188 - SECUID- ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE GERENCIAMENTO DA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA PÓS ALTA E DE INTEGRAÇÃO COM A REDE REGIONAL DE SAÚDE.....	196
T00190 - DESENVOLVIMENTO, SIMULAÇÃO E ANÁLISE DE UM GERADOR DE FLUXOS DE REDES COM APLICAÇÃO AO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO.....	198
T00191 - ANÁLISE COMPARATIVA DAS TAXAS DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESARIANA EM HOSPITAL TERCIÁRIO, OBTIDAS ATRAVÉS DE VIGILÂNCIA ATIVA PROSPECTIVA CONCORRENTE VERSUS VIGILÂNCIA ATIVA PROSPECTIVA PÓS-ALTA.....	201
T00192 - VALIDAÇÃO DE PROCESSO: FERRAMENTA PARA GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	205
T00194- A IMPORTÂNCIA DAS FERRAMENTAS DE QUALIDADE NO CONTROLE DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	207
T00195 - IDENTIFICAÇÃO DE ANTIFÚNGICOS AZÓLICOS EM PRODUTOS MANIPULADOS POR CLAE-UV.....	210
T00196 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: GERENCIAMENTO DE PROTOCOLO DO USO DE ESTREPTOQUINASE.....	212
T00197 - ESTRATÉGIA DE INCREMENTO DAS QUOTAS-PARTES DE CAPITAL COMO PARTE DA REMUNERAÇÃO DO MÉDICO COOPERADO.....	213
T00199 - ESCORE DE SEGURANÇA EM CORES – UM MODELO PARA AVALIAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL E AUMENTAR A SEGURANÇA DOS PACIENTES.....	218
T00201 - IMPACTO ECONÔMICO APÓS IMPLANTAÇÃO DO 5º SINAL VITAL NO ATENDIMENTO A PACIENTES ADULTOS, NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO	221
T00202 - AVALIAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA DISPONÍVEL PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO.....	223
T00206- A SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM A IMPLANTAÇÃO DO 5º SINAL VITAL NO ATENDIMENTO A PACIENTES ADULTOS, NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO.....	225
T00201 - REVELANDO ERROS: A BUSCA PELA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA.....	227

T00209 - QUEM ESTÁ CAINDO?.....	229
T00211 - ANÁLISE DA ADESAO DOS PROFISSIONAIS DA SAUDE QUANTO AS MEDIDAS DE PRECAUCAO E ISOLAMENTO POR CONTATO EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SAO PAULO.....	231
T000212 - VIGILANCIA DE PROCESSO NA HIGIENIZACAO DAS MAOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	235
T00219- COMUNICACAO ENTRE A EQUIPE PROFISSIONAL: FATOR DE RISCO PARA A SEGURANCA DO PACIENTE	239
T00222 - MONITORAMENTO DO RISCO BIOLÓGICO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE SEGURANÇA.....	241
T00223 - AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DA EQUIPE DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAL PRIVADO DE MÉDIO PORTE.....	244
T00224 - GERENCIAMENTO DO RISCO DE FLEBITE: VIGILANCIA DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL.....	247
T00226 - GERENCIAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA.....	249
T00227 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: UMA FERRAMENTA DE MELHORIA DA QUALIFICAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE.....	252
T00228- RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA: FERRAMENTA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	254
T00232 - PRESTADORES DE SERVIÇOS: ATORES ESTRATÉGICOS NA REGULACAO DA SAUDE SUPLEMENTAR.....	256
T00233 - A PORTABILIDADE DA AGÊNCIA REGULADORA E A PRÁTICA DE MERCADO, EM GUARULHOS.....	259
T00236 - A AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA COM OS HOSPITAIS NORTE-AMERICANOS	262
T00237 - A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL EM INÍCIO DE ATIVIDADE – RELATO DA EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE RISCOS	266
T00238 - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCIAL RESPIRATÓRIO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.....	270
T00240 - MONITORAMENTO DAS ÓRTESES NOS PACIENTES INTERNADOS: ABORDAGEM DO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	271
T00242 - A UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS E DESEMPENHO OPERACIONAL EM HOSPITAIS BRASILEIROS.....	272
T00244 - OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE	274
T00249 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E PROPOSTAS PARA APRIMORAMENTO DE CENTRO PRÉ-OPERATÓRIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	280
T00250 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO: FERRAMENTA PARA LEVANTAMENTO DE RISCOS E EVENTOS ADVERSOS	283
T00251 - CÓDIGO AMARELO: PROTOCOLO GERENCIADO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS, URGÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS.....	285
T00252 - ANÁLISE DAS QUEIXAS TÉCNICAS E EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL SENTINELA DA REGIÃO CENTRO OESTE.....	286
T00255 - O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO VALE DO PARAÍBA PAULISTA.....	289

Relato de Experiência

T00001 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA NO PROCESSO DE TRABALHO: A ESTRATÉGIA DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA.....	294
T00002 - IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA.....	294
T00004 - GERENCIAMENTO: PROGRAMA PARA GESTANTES - BOA HORA - "ATENDIMENTO PERSONALIZADO À GESTANTE COM O INTUÍTO DE ACOMPANHAR O CURSO DA GESTAÇÃO, MINIMIZANDO POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS."	294
T00010 - ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO.....	295
T00022 - ACREDITAÇÃO COMO OPORTUNIDADE DE MELHORIA DA GESTÃO ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR.....	295
T00023 - A MELHORIA CONTÍNUA INCA - PROJETO ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL.....	296
T00024 - GERENCIAMENTO DE EVENTOS INESPERADOS E FALHAS NA UNIDADE II DO INCA.....	296
T00040 - IMPACTO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM INDICADORES DE PERFORMANCE HOSPITALAR – RELATO DE EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL-PILOTO NO REINO UNIDO.....	297
T00060- CRITÉRIOS PARA ANÁLISE E LIBERAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (O.P.M.E) EM OPERADORA DE SAÚDE.....	297
T00064- IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO E DO GERENCIAMENTO DE RISCO EM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO.....	298
T00245 - IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE MONITORAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DA ÁREA DE TECNOVIGILÂNCIA DO PROJETO	301
T00247 - GERENCIAMENTO DE RISCO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO.....	301
T00003 - PERFIL SAÚDE: UM METODO PARA MAPEAMENTO DA POPULAÇÃO NAS EMPRESAS.....	302
T00011 - PRÁTICA AMBULATORIAL MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO DA CIDADE DE SÃO PAULO.....	302
T00017- IMPLANTAÇÃO DE UMA CENTRAL DE GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS DE SUPORTE AVANÇADO DA VIDA.....	303
T00027 - IMPLANTAÇÃO DE UM GUIA DE VISITA MULTIDISCIPLINAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: FAST HUG.....	303
T00030 - G.A-GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DO RISCO - CONTROLE DOS RISCOS – NOTIFICAÇÃO.....	304

T00031 - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE EXCELENCIA E O MINISTERIO DA SAÚDE : PARCERIA INOVADORA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	305
T00034 - PROJETO ACREDITAR :PIONEIRISMO EM ACREDITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE.....	305
T00035 - O PROCESSO DE ATENDIMENTO NA QUALIDADE DE ATENÇÃO DO ACIDENTE BIOLÓGICO	305
T00041 - PROCESSO DE ENFERMAGEM NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	306
T00055 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A PACIENTES HIV/AIDS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO AGENDAMENTO ELETRÔNICO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE.....	306
T00059 - REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-2004 A 2007	307
T00061 - AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA: DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM CURTO INTERVALO DE TEMPO.....	307
T00075 - GERENCIAMENTO DE RISCO: GARANTINDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOME CARE.....	308
T00076 - USO DE UM ESCORE DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO MÉDICO PARA A MELHORIA DA GESTÃO DESTES PROFISSIONAIS NOS PROGRAMAS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR.....	308
T00079- ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR.....	309
T00080 - SAME – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – CONTROLANDO O HISTÓRICO DO PACIENTE EM UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR.....	309
T00082 - A CONTRIBUIÇÃO DOS INDICADORES DE INFECÇÃO NOS RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDOS.....	310
T00089 - O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	310
T00092 - HOSPITAIS SENTINELA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	311
T00093 - GESTÃO DA QUALIDADE EM REABILITAÇÃO FÍSICA HOSPITALAR BASEADO EM INDICADORES E GERENCIAMENTO DE RISCO.....	311
T00095 - PRONTO ATENDIMENTO: IMPLEMENTANDO E AVALIANDO O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	312
T00100 – ESTRATEGIAS PARA DIMINUIÇÃO DA GERAÇÃO DE RESÍDUOS	312
T00101 - USO RACIONAL DOS PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA EM UM PROGRAMA INTEGRADO DE TRANSPLANTES.....	313
T00106 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTE (SCP): GERENCIANDO LEITOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA.....	313
T00109 - GESTÃO DE LEITOS E VAGAS HOSPITALARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE).....	314
T00111 - GERENCIAMENTO DE RISCO DE QUEDA : FERRAMENTA DA REABILITAÇÃO	318
T00113 - CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA A EFETIVAÇÃO DA QUALIDADE.....	319
T00120 - SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL – GERENCIANDO RESÍDUOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE.....	319
T00121- CPAP X LESÃO DE SEPTO: GERENCIAMENTO DE RISCO NA UTI NEONATAL.....	319
T00123- IMPLANTAÇÃO DE SISTEMÁTICA DE CHECAGEM DIÁRIA DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	320
T00127 - PROGRAMA DE COMPARAÇÃO INTERLABORATORIAL EM HEMATOLOGIA E BIOQUÍMICA NO LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA.....	320
DESAFIOS, IMPLANTAÇÃO E INOVAÇÃO.....	320
T00141 - REVISÃO DE PROCESSO E AÇÕES DE MELHORIA	322
T00145 - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA UTILIZAÇÃO DE UMA TÉCNICA DE FIXAÇÃO DE PRONG DO CPAP NASAL EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA UTI NEONATAL	322
T00152 - PROJETO QUALIFICAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES DE UMA COOPERATIVA MÉDICA.....	323
T00154 - EVENTOS ADVERSOS COM HEPARINA: UM PROBLEMA NACIONAL, UMA EXPERIÊNCIA LOCAL.....	323
T0161 - INFORMAÇÃO MÉDICA E GESTÃO ASSISTENCIAL – A CONTRIBUIÇÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO.....	324
T00163 - TRAQUEOSTOMIA X DECANULAÇÃO: GERENCIAMENTO DE RISCO PARA QUALIDADE DE VIDA	324
T00164 - REESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	324
T00165 - DIVULGAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE: IMPACTO SOBRE A MORBI-MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR.	325
T00166 - ESTRATÉGIA DE CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS.....	326
T00167- IMPLEMENTAÇÃO DA CHECAGEM DE SEGURANÇA PRÉOPERATÓRIA COMO METODOLOGIA PARA DIMINUIR OS RISCOS ASSISTENCIAIS	326
T00170 - RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA GERENCIADORA FRENTE AO PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO ESPECÍFICA DE UM CENTRO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	326
T00172 - AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS ABERTOS -"UMA QUESTÃO DE QUALIDADE"	327
T00181- RESULTADOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DAS METAS INTERNACIONAIS 1 E 4 DE SEGURANÇA NO PACIENTE.....	327
T00186 – AUDITORIA INTERNA: UMA QUESTÃO DE CAPACITAÇÃO.....	328
T00189 - SOLICITAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE DIETAS PARA O PRONTO ATENDIMENTO	328
T00193 - INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA, ANÁLISE DA VIABILIDADE ECONÔMICA E O RETORNO SOBRE O INVESTIMENTO EM SAÚDE.....	329
T00200 - APLICAÇÃO DA MÉTRICA 6 SIGMA NA GESTÃO DE EQUIPAMENTOS DE UM LABORATÓRIO CLÍNICO PÚBLICO	329
T00203 - RESULTADO DA IMPLANTAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO VOLUNTÁRIA ELETRÔNICA.....	330

T00204 - A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS ESPAÇOS DE CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO	330
T00205 - ANÁLISE E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA O AUMENTO NA SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NO CENTRO CIRÚRGICO.....	332
T00207 - NUCLEO UNIMED DE TRATAMENTO À OBESIDADE	332
T00214 - IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE 5S EM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO	333
T00215- AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR DO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: FERRAMENTA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	333
T00217 - CICLO DO PDCA: FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	334
T00218 - IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE INFORMAÇÃO EM UM LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA.....	334
T00225 - TEMPO PORTA-IMAGEM: UM INDICADOR DE RESULTADO DE UM "PRIMARY STROKE CENTER"	334
T00229 - O IMPACTO DE UM MODELO DE GESTÃO PARA PROGRAMA DE TRANPLANTE DE ÓRGÃOS	335
T00230 - A DOENÇA PERIODONTAL COMO FATOR DE RISCO PARA DIABETE MELLITUS E EVENTOS CARDIOVASCULARES. IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO DOS PACIENTES QUANTO A ESTA ATUAL REALIDADE.....	335
T00231 - VIABILIZANDO UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: A MELHORIA DA QUALIDADE INCREMENTA OS CUSTOS?	337
T00234 - O COMBATE À OBESIDADE ATRAVÉS DA PROMOÇÃO À SAÚDE – UMA EXPERIÊNCIA DO METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL.....	337
T00235 - A PRAXIS MULTIDISCIPLINAR NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO A DEPENDENTES QUÍMICOS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA.....	337
T00243 - IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU) EM UM HOSPITAL PÚBLICO.....	338
T00254- PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO-PILOTO PARA NR32 VIA E-LEARNING.....	339

TO0005 - GERENCIAMENTO DE PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS: ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS INDICADORES DE PERFORMANCE.

AUTOR: LARISSA KOZLOFF NAVES; CO-AUTORES: SILVIA MARIA RIBEIRO OYAMA; CAIO SEIXAS SOARES; RODERICK BELTRAO WILSON

Introdução

As doenças crônicas representaram cerca de 60% das mortes, em todo o mundo. Os programas de gerenciamentos de crônicos tem como objetivo restabelecer o estado de saúde em ambiente domiciliar através do atendimento multidisciplinar promovendo orientação do manejo da doença. As informações do cliente são centralizadas em um profissional, o qual direciona para toda equipe multiprofissional que o acompanha, diminuindo os riscos de possíveis descompensações.

Justificativa

O gerenciamento de portadores de doenças crônicas pode ser uma alternativa para melhoria do atendimento ao cliente junto com uma redução dos custos da assistência médica.

Objetivo

Analisar indicadores de performance de um programa de gerenciamento de doenças crônicas.

Método

Todos os clientes gerenciados, recebem visitas de uma enfermeira, de acordo com o seu grau de risco clínico, call center 24 horas, coleta domiciliar de exames laboratoriais e oxigenioterapia. Para medir a eficácia do Gerenciamento de pacientes crônicos foram usados três indicadores de performance: Média de internação, Média de diárias consumidas e Média de diárias por internação por paciente, pelo período de 1 ano antes e 1 a 3 anos pós programa.

Resultado

A análise dos indicadores apontou uma média de 2,05 internações/paciente pré-programa e a média de consumo de 19,87 diárias hospitalares. Após o início nos programas de gerenciamento, esse número caiu para 0,96 internações/paciente e destes 6,7 diárias hospitalares.

Conclusão

Os indicadores utilizados demonstraram a eficácia e efetividade do programa e seu custo-benefício, sugerindo que o controle da doença diminui as hospitalizações e o tempo de permanência hospitalar.

TO0006 - ABORDAGEM TELEFÔNICA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Autor: SILVIA MARIA RIBEIRO OYAMA; Co-autor: ELIANE CORREA CHAVES

A adoção de hábitos saudáveis como a prática de atividades físicas, alimentação equilibrada, sono saudável e a cessação do tabagismo, tem sido apontada como importante medida para melhorar a saúde, a qualidade de vida e facilitar a prevenção e controle de algumas doenças crônicas na população. Assim, intervenções em saúde que visam orientar e facilitar a adoção de tais hábitos são componentes importantes e necessários no planejamento de programas de promoção da saúde. Mesmo que desconsiderássemos qualquer outro benefício além do financeiro, este já seria suficiente para justificar ações voltadas para a promoção da saúde por possibilitarem otimização dos recursos materiais e humanos nas intervenções em saúde. Visando ampliar ainda mais este benefício, novas tecnologias capazes de reduzir custos e manter qualidade de atendimento têm sido pesquisadas. É neste contexto que a abordagem telefônica para promover saúde surge como uma opção. Este estudo tem a finalidade de avaliar a efetividade da abordagem telefônica na promoção da saúde. No primeiro contato telefônico, após disponibilização de informações referentes aos hábitos pesquisados, os clientes foram questionados sobre o interesse em receber intervenções sobre um ou mais hábitos dentre os pesquisados. Após a escolha do cliente era feita uma comparação entre ela e a necessidade identificada pela pesquisadora. Se houvesse discordância, a pesquisadora informaria sobre a importância do cliente considerar o hábito disfuncional, que ele referiu não ter interesse em trabalhar, mesmo disponibilizando informações gerais sobre este, o hábito trabalhado seria o escolhido pelo cliente. O conteúdo utilizado para a intervenção sobre os hábitos pesquisados, se basearam no referencial teórico da Promoção da Saúde. Em todas as ligações houve um registro sobre as informações recebidas dos comportamentos já citados anteriormente. A intervenção foi constituída por informações e orientações relativas ao tema em questão; abordagem da dificuldade encontrada pelos participantes para adoção dos hábitos desejados; negociação de possíveis soluções para o enfrentamento dessas dificuldades; avaliação sistemática dos progressos alcançados. Esta intervenção teve como orientação as técnicas para mudança de comportamentos disfuncionais utilizadas na Teoria Cognitivo-Comportamental. Etapas contidas no contato telefônico: Identificação e negociação de horário para a intervenção, construção do contrato, veiculação de informações, identificação do estágio de motivação para mudança de comportamento, identificação de barreiras, eleição das intervenções sobre as barreiras, escolha do comportamento a ser estudado, orientação para elaboração do diário de atividades, esclarecimento de dúvidas e resumo do contato. A partir do segundo contato: Ponte com o contato anterior, atualização retrospectiva, revisão da tarefa de casa, identificação e conscientização de contingências eliciadoras e reforço de atitudes e comportamentos funcionais. O presente estudo foi realizado no Centro de Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 46 pacientes que fazem parte do programa de promoção da saúde oferecido pela instituição. Foram feitos de 3 a 5 contatos por pessoa, por meio dos quais foram feitas orientações e intervenções baseadas nos preceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental e do Modelo Transteórico. Foi utilizado um instrumento que contém a caracterização pessoal do sujeito e questões referentes à caracterização dos hábitos de alimentação, atividade física, tabagismo e sono. Este instrumento foi aplicado antes do contato telefônico, após o terceiro e quinto contato telefônico. A população foi constituída com o predomínio de mulheres, na faixa etária de 30 a 49 anos, que moram com companheiros e filhos, não exercendo uma profissão e com uma escolaridade até o ensino fundamental completo. Os contatos telefônicos tiveram uma duração média de 35 minutos para os contatos iniciais e finais e 25 minutos para os contatos intermediários. Houve melhoria do sono para 20,7% da população estudada, 50% de melhoria do sedentarismo, mudanças estatisticamente significativas, além de 15,8% de indivíduos que melhoraram a alimentação e 16,7% que cessaram com o tabagismo.

Após as intervenções, todos diminuíram a quantidade de cigarros fumados por dia, houve uma diminuição do grau de dependência a nicotina com a evolução da intervenção. Na alimentação houve uma melhora da qualidade dos alimentos consumidos e um reflexo positivo na diminuição do IMC da população estudada. A motivação para modificação do comportamento foi melhorando conforme o transcorrer da intervenção. Os motivadores relacionados à saúde diminuíram de forma estatisticamente significativa no Grupo A entre o pré e quinto contato para os comportamentos tabagismo, sedentarismo e alimentação não equilibrada. Os motivadores não relacionados à saúde diminuíram de forma estatisticamente significativa no Grupo A entre o pré e quinto contato para os comportamentos sedentarismo e alimentação não equilibrada. Assim a intervenção telefônica aplicada neste estudo, mostrou-se efetiva para a mudança de comportamento referente ao sedentarismo e qualidade do sono. A mudança de comportamento apresentado foi estatisticamente significativa, houve discreta mudança de comportamento referente à cessação do tabagismo e alimentação não equilibrada, os integrantes que receberam cinco contatos telefônicos, obtiveram maior percentual de mudanças em relação ao Grupo que apenas três contatos, cinco contatos telefônicos foram mais apropriados para a mudança de comportamento comparado a três contatos.

Palavras chaves: Telefone; Promoção da saúde; Mudança comportamento.

T00007 - ACONSELHAMENTO TELEFÔNICO PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

AUTOR: SILVIA MARIA RIBEIRO OYAMA; CO-AUTOR: ELIANE CORREA CHAVES

Durante muito tempo, profissionais da área de saúde tiveram dificuldade de decidir qual a melhor abordagem para um fumante. Muitos orientavam seu trabalho a partir de crenças pessoais que se baseavam em suas próprias observações, exercendo uma prática clínica empírica sem experimentação científica de seus pressupostos e resultados. Tampouco era possível estabelecer um bom controle de qualidade dos serviços por falta de comprovação científica de sua prática. Esta situação está mudando. O avanço da ciência clínica tem permitido uma prática clínica cada vez mais fundamentada em evidências.

Atualmente existem várias formas de intervenção para a cessação ao tabagismo. Estas atuam desde a dependência física causada pela nicotina, na dependência psicológica onde o cigarro representa um instrumento de apoio ao fumante, até no contexto que evoca o comportamento condicional.

A abordagem do fumante pode incluir o auxílio de medicamentos que atenuam o processo de abstinência, como os antidepressivos e reposição da nicotina, como também intervenções não farmacológicas que incluem material de auto ajuda, aconselhamento presencial, intervenção em grupo, intervenção telefônica, terapia comportamental, entre outros.

As intervenções que visam orientar e facilitar o abandono do hábito de fumar são componentes importantes e necessários no planejamento de programas de promoção da saúde.

A intervenção telefônica pode ser um método para facilitar o acesso do fumante ao serviço de atendimento, podendo apresentar uma boa relação custo benefício.

Este método também é uma alternativa de atendimento para fumantes com dificuldades de deslocamento e também para aqueles que necessitam atendimentos intensivos.

Os benefícios dessa intervenção incluem a velocidade de acesso do paciente ao profissional de saúde, a diminuição do tempo de espera para a consulta, a redução do tempo e custo na locomoção dos pacientes, a possibilidade de aumentar a frequência dos contatos, além da diminuição da necessidade de retorno presencial do paciente

Este estudo tem a finalidade de descrever e avaliar uma nova forma de abordagem para cessação do tabagismo: a abordagem telefônica. O estudo foi realizado no Centro Promoção da Saúde (CPS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Foram incluídos no estudo 18 clientes que procuraram pela primeira vez o serviço ambulatorial do CPS. Esses clientes buscaram o serviço para a obtenção de ajuda profissional para realização do rastreamento de sua condição de saúde. Essa população foi escolhida aleatoriamente e é composta de indivíduos de faixas etárias diversas e de ambos os sexos.

Inicialmente, foi aplicado um questionário com o objetivo de avaliar a dependência do cigarro, além de conter dados de identificação de cada participante. Este primeiro contato foi realizado no próprio CPS. A aplicação deste questionário representou o ponto de avaliação inicial. De tal forma, as medidas feitas posteriormente ao aconselhamento telefônico tiveram as informações colhidas pelo questionário inicial como base de comparação.

Os clientes receberam cinco ligações telefônicas, com o intervalo de um a dois meses, conforme a disponibilidade do cliente em atender a pesquisadora. O primeiro contato foi realizado após um mês deste contato inicial. A abordagem telefônica incluiu orientações para cessação do tabagismo, registro das informações recebidas ou fornecidas referentes ao hábito de fumar, além de discussões sobre a dificuldade encontrada pelos clientes para cessação deste hábito, sendo levantadas soluções para o enfrentamento dessas dificuldades. Também foram utilizadas algumas técnicas para mudança de comportamentos disfuncionais, neste caso o tabagismo, apresentadas a seguir nas etapas do contato telefônico.

Foram feitos cinco contatos por pessoa, por meio dos quais foram feitos aconselhamentos e intervenções baseadas nos preceitos da Teoria Cognitivo Comportamental.

Entre os 18 indivíduos fumantes houve predominância de adultos do sexo feminino (77%), com faixa etária entre 40 e 59 anos. A maior parte mora com companheiro e filhos e trabalha apenas em casa, tendo renda per capita média de R\$ 250,00 a R\$ 500,00 reais e ensino fundamental completo.

Todos os participantes não realizavam nenhum outro tipo de acompanhamento para a cessação do tabagismo.

Após o quinto contato, aproximadamente cinco a sete meses após o início do atendimento, três (16,7%) indivíduos pararam completamente com o tabagismo ($P = 0,479$ Mcnemar $< 0,05$).

Um dos participantes iniciou a intervenção com grau de dependência alto e dois com grau médio, avaliado através do teste de Fagerstrom. No final da intervenção estes três participantes obtiveram o grau de dependência muito baixa.

Entre o terceiro e quinto contato telefônico, sete fumantes diminuíram o número de cigarros fumados por dia ($P = 0,041$ Mcnemar $< 0,05$).

No momento pré-contato, os fumantes apresentaram estágio de motivação favorável à mudança, em que seis (33,3%) pensavam em mudar e 12 (66,7%) já estavam realizando tentativas de mudança, apresentando dificuldades para a cessação do tabagismo. Após a intervenção, três (16,7%) indivíduos estavam sem fumar, sem dificuldades, nove (50%) continuaram realizando tentativas de mudança, apresentando dificuldades, cinco (27,8%) estavam pensando em mudar e um (5,6%) regrediu, não pensando mais na possibilidade de mudança ($P = 0,34$ Kappa $< 0,001$).

Estes resultados sugerem que este método pode ser uma alternativa no tratamento ao fumante, proporcionando uma maior facilidade de acesso ao profissional de saúde, além da possibilidade de economia de tempo e dinheiro.

TOO008 - PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS FATORES CAUSAIS DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Autor: JULIANA NOGUEIRA FRANCO; Co-autores: GABRIELE RIBEIRO; BRÍCIA POMPEO AMARAL BARROS.

Resumo: A enfermagem, responsável pelas últimas etapas do processo de administração medicamentosa, pode detectar falhas e evitá-las. A segurança na administração medicamentosa é imprescindível, e para isto é preciso identificar os tipos de erros e fatores de risco na ocorrência de falhas. Este estudo identificou os fatores causais de erros na administração medicamentosa e medidas de prevenção. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva exploratória. Cinquenta e dois profissionais participaram deste estudo. A administração medicamentosa é uma das atividades mais importantes da enfermagem, então a conscientização de toda a equipe de que não haverá punição na ocorrência do erro deve ser feita.

Palavras-chave: Medicação, administração de medicamentos, erro de medicação e administração medicamentosa.

1. Introdução

A prática de administração medicamentosa em uma organização hospitalar é um processo complexo e multidisciplinar, cujos profissionais têm um objetivo comum, que é prestar uma assistência de qualidade, com segurança e eficácia ao cliente. A segurança, a efetividade e a eficiência prestadas aos clientes, em uma unidade hospitalar, dependem da organização dos processos envolvidos e da gestão do plano terapêutico 3,6,9.

Diversos autores enfatizam a complexidade do processo de administração de medicamentos e muitos até dizem ser a mais importante responsabilidade atribuída à equipe de enfermagem. Deste modo, o enfermeiro deve conhecer todos os aspectos e fases envolvidas, a fim de evitar danos ao paciente 3,4.

A enfermagem, responsável pelas últimas etapas do processo de administração de medicamentos, que é preparo e administração, pode detectar alguma falha e parar todo processo, isto muitas vezes não acontece e a culpa do evento é atribuída à enfermagem. Isto aumenta a responsabilidade da enfermagem diante deste problema que se torna a última barreira de prevenção de ocorrências 7,9.

Os erros nem sempre são por falha humana, ocorrem também por falhas no sistema, mas ainda persiste a cultura de atribuir a falha ao profissional da enfermagem. Assim os erros nem sempre são relatados devido ao medo das medidas administrativas, punições verbais, escritas, demissões, processos civis, legais e éticos que podem ser aplicadas ao profissional envolvido 3,4,5,8.

Na ocorrência de um erro o supervisor deve iniciar uma investigação detalhada com todos os detalhes como horário, pessoal envolvido, turno, tipo de erro, estágio do processo que ocorreu o erro e possíveis falhas no sistema a fim de corrigir e prevenir novos erros e não atribuir a culpa somente ao profissional envolvido.

Portanto, analisando a complexidade da temática nas instituições devemos garantir a segurança em todo o processo de administração medicamentosa ao paciente, para isto é preciso conhecer o processo e identificar os tipos de erros e os fatores de risco na ocorrência de falha na administração de medicamentos, a fim de oferecer subsídios para prevenção desses eventos e para a implementação de um processo sistematizado, que garanta a segurança do paciente.

2. Justificativa

Identificar os tipos de erros e os fatores de risco na ocorrência de falha na administração de medicamentos.

3. Casuística e métodos

O presente estudo demonstrou, segundo a percepção da equipe de enfermagem, os fatores causais de erros mais comuns na administração medicamentosa. A pesquisa foi do tipo quantitativa, descritiva exploratória de nível I, com abordagem de dados através de um questionário com 12 perguntas fechadas que foi aplicado a equipe de enfermagem no período de maio a junho de 2008.

A pesquisa foi realizada em um hospital geral, privado, de pequeno porte no interior do estado de São Paulo.

A população estudada foi composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os critérios de inclusão na amostra foram atuar como enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem na instituição onde foi realizado o estudo.

Tabela 1 - Distribuição de faixa etária e sexo dos profissionais de enfermagem pesquisados

Faixa Etária	Sexos				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
20-25	4	31	8	21	12	23
26-30	3	23	11	28	14	27
31-35	4	31	9	23	13	25
36-40	1	8	6	15	7	13
41-50	1	8	4	10	5	10
51-55	0	0	1	3	1	2
TOTAL	13	100	39	100	52	100

Fonte: Questionário - Pesquisa de campo mar/2008

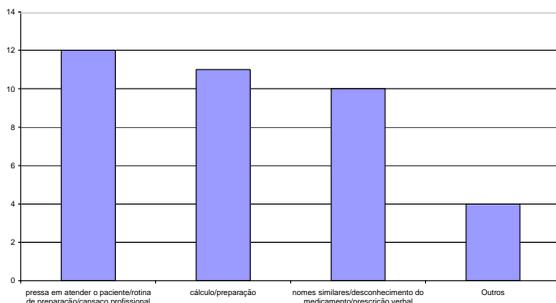
4. Resultados e discussão

Cinquenta e dois profissionais de enfermagem responderam ao questionário proposto. Destes, 19% eram enfermeiros, 37% eram técnicos e 44% auxiliares de enfermagem.

Os dados mostram que, no hospital pesquisado, a faixa etária da população varia de 20 a 55 anos, sendo bem distribuída entre 20 e 35 anos, faixa em que se concentra cerca de 75% dos colaboradores estudados. Nota-se um predomínio de mulheres, fato este que pode ser devido à própria história da enfermagem no Brasil, pois, desde meados do século XIX, os serviços de enfermagem e também a direção das Santas Casas de misericórdias vêm sendo realizadas por irmãs de caridade 10.

Do total dos pesquisados 67% já presenciaram erros de medicação, 57% foram notificados e 43% não foram notificados. Já 33% informam que não presenciaram nenhum erro. Podemos observar que houve uma porcentagem muito grande de subnotificação, isto pode estar associado a receios e medos das punições, que podem ser diferentes de acordo com os danos corporais causados aos clientes 4.

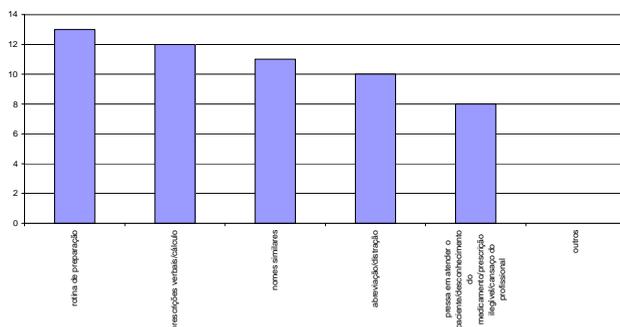
FATORES QUE PODEM GERAR ERRO DE MEDIÇÃO SEGUNDO PERCEÇÃO DOS COLABORADORES DE ENFERMAGEM



geradores dos erros de administração de medicamentos.

A figura 2 ilustra os fatores que levaram a ocorrência do erro de medicação; agrupamos por semelhança e notamos que 13% dos participantes responderam que a rotina de

FATORES QUE LEVARAM A OCORRÊNCIA DO ERRO DE MEDIÇÃO



resolução das dúvidas dos medicamentos são medidas que podem reduzir as falhas 6.

Figura 2 - Fatores que levaram a ocorrência do erro de medicação segundo a percepção dos colaboradores de enfermagem.

Ao serem questionados quanto à conduta tomada frente ao erro e à conduta que deveria ser tomada, observamos que 50% das medidas tomadas foram orientações, 20% treinamento, e 13% dos participantes observaram que nada foi feito e outros 13% relataram que outras medidas foram tomadas, porém não as descreveram. Advertência e demissão foram citadas pela maioria dos participantes. Quando falamos de medidas que deveriam ser tomadas 29% disseram que outras medidas diferentes das sugeridas deveriam ser tomadas, porém também não especificaram. Vinte e três por cento acham que a orientação é eficaz, 17% treinamento, 15% advertência, 12% suspensão e por fim 5% acham que demissão seria a melhor conduta a ser tomada.

Fica evidente que na instituição avaliada, a medida mais tomada é a orientação e alguns autores citam que os coordenadores devem usar a oportunidade do erro para orientar o colaborador e sanar qualquer tipo de dúvida. O treinamento e a orientação da equipe devem ser realizados periodicamente e este é um papel do enfermeiro supervisor. É importante ressaltar que a orientação e o treinamento ainda são as melhores opções,

Figura 1 - Fatores que podem gerar erro de medicação segundo a percepção dos colaboradores de enfermagem

Na figura 1, observamos os fatores que podem gerar erro de medicação. Segundo a percepção dos colaboradores de enfermagem do hospital estudado agrupamos três motivos que são: a pressa em atender o paciente, rotina de preparação e cansaço profissional, esses três fatores representam 12% das respostas. Onze por cento dos questionados responderam que o cálculo de preparação também é um fator que pode gerar o erro e 10% acham que nomes similares agregado com desconhecimento do medicamento e prescrição verbal são os grandes

responderam que a rotina de preparação foi o fator que mais causou falha. Os medicamentos são dispensados por horário pela farmácia e preparados à beira do leito pela equipe de enfermagem. Segundo a American Society of Hospital Pharmacists (ASHP), a informatização do sistema; uso de código de barras nos processo de medicação e identificação do cliente; monitoramento e relatórios de ocorrências de falhas; distribuição por dose unitária; preparação de medicação endovenosa realizada pela farmácia; atuação conjunta entre médicos, enfermeiros, farmácia e

pois a punição pode desencorajar os profissionais a relatarem o erro e isto representa perigo ao paciente, pois não havendo notificação o profissional muitas vezes cometerá novamente o erro 1.

Tabela 2 - Distribuição de medidas tomadas frente ao erro e medidas que deveriam ter sido tomadas de acordo com a percepção dos profissionais

Medidas	Medida Tomada		Medida Proposta	
	N	%	N	%
advertência	2	4	8	15
suspensão	0	0	6	12
orientação	23	50	12	23
outros	6	13	15	29
treinamento	9	20	9	17
nada foi feito	6	13	-	-
demissão	0	0	2	5
TOTAL	46	100	52	100

Fonte: Questionário - Pesquisa de campo mar/2008

Segundo a percepção da equipe de enfermagem pesquisada, o erro mais freqüente é que o medicamento foi administrado em paciente errado representando 19% das respostas. Administração de medicamento em via errada aparece com 17% das respostas. Quinze por cento dos participantes disseram que os pacientes foram medicados com medicamentos errado e 12% responderam que pacientes não foram medicados e pacientes que foram medicados em horário errado e, por fim, 9% relataram que a dose foi administrada errada juntamente com diluição errada.

A pulseira de identificação deve ser utilizada para certificar se o paciente a ser medicado está correto, não se deve somente chamá-lo pelo nome, mas também conferir seu nome na pulseira 2.

Na tabela 3, observamos os erros mais comuns, segundo a consolidação dos registros de ocorrência dos meses de setembro de 2007 a fevereiro de 2008. Notamos uma divergência entre os dados, pois segundo a percepção da equipe de enfermagem o erro mais comum é medicamento administrado em paciente errado e as ocorrências registradas mostram que 71% dos registros são por pacientes não medicados. Isto nos leva a pensar na possibilidade de subnotificação, visto que os dados não coincidem. Nos 6 meses avaliados, não houve notificação de medicamento administrado em paciente errado. Dosagem errada do medicamento representou 14% das consolidações de ocorrência, 10% representaram paciente medicado no horário errado e 5% medicamento administrado errado.

Tabela 3 - Tipos de erros mais comuns segundo a consolidação de registros de ocorrência

Opção	Porcentagem	
	N	%
Paciente não medicado	15	71
Paciente medicado no horário errado	2	10
Dosagem errada do medicamento	3	14
Medicamento foi administrado errado	1	5
TOTAL	21	100

O medo das punições, demissão, o sentimento de culpa e as preocupações com a gravidade do erro podem levar os indivíduos envolvidos a subnotificarem o erro. Para mudarmos a realidade da subnotificação, a educação dos profissionais faz-se necessária através de educação permanente, cursos, reciclagem e treinamentos periódicos na administração de medicamentos 3.

A verificação das causas, índices e conseqüências dos erros na administração de medicamentos torna-se necessária para todas as instituições hospitalares, pois é através destes dados que o sistema poderá tornar-se mais seguro. Para reduzir falha na execução técnica é preciso utilizar algumas estratégias, como por exemplo; utilizar sempre os cinco certos. E o supervisor deve constantemente avaliar sua equipe e levantar as dificuldades no momento do preparo das medicações 3.

5. Conclusão

Por meio deste estudo, conseguimos identificar que, na percepção da população estudada, a maioria das falhas é a troca do paciente na hora de administrar a medicação. Porém, as notificações de erros de medicação mostram que o maior índice é o de pacientes não medicados. Como houve divergência entre os dados, conclui-se que ocorre subnotificação devido ao medo das punições, demissão, sentimento de culpa e preocupações com a gravidade do erro. Assim, é importante ressaltar que a notificação dos erros de medicação e o benefício que este ato pode trazer aos pacientes, como prevenir novos erros, são pontos que devem ser trabalhados com toda a equipe de enfermagem.

Sem a notificação do erro nunca vamos saber que estamos errando, então a conscientização de toda a equipe de enfermagem de que não haverá punição na ocorrência do erro deve ser feita. O enfermeiro deve aproveitar este momento e identificar as dificuldades do profissional e iniciar imediatamente uma orientação ou um treinamento.

Após a análise dos resultados deste trabalho, observamos que a administração medicamentosa é uma das atividades mais importantes da enfermagem e conhecer os tipos de erros e os fatores causais na ocorrência de falha na administração de medicamentos é imprescindível para elaboração de medidas preventivas para redução das mesmas. É importante que os erros sejam interpretados como conseqüências e não como causas.

6. Referências Bibliográficas

1. American Society of Health System Pharmacists. Suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. *Am. J. Hosp Pharm.* 1998 55: 165-166.
2. Anacleto T A, Perini E, Rosa M B, César C C. Erros de medicação e sistemas de dispensação de medicamentos em farmácia hospitalar. *Clinics.* 2005 ago; 60(4): 325-332.
3. Carvalho V T, Cassiani S H B, Chiericato C, Miasso A I. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* 1999 dez-jan; 7(5): 67-76.
4. Carvalho V T, Cassiani S H B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* 2002 jul-dez; 10(4): 523-529.
5. Cassiane S H B, Carvalho V T. Análise dos comportamentos dos profissionais de enfermagem frente aos erros na administração de medicamentos. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2002 abr-jun 15(2): 45-54.
6. Kawano D F, Pereira L R L, Ueta J m, Freitas O. Acidentes com medicamentos: como minimizá-los? *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.* 2006 out-dez 42(4): 487-495.
7. Miasso A I, Silva A E B C, Cassiani S H B, Grou C R, Oliveira R C, Fakih F T. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* 2006 jun-dez 14(3): 354-363.
8. National coordinating council for medication error reporting and prevention. Taxonomy of medication errors – 1998-1999. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/about/MedError.htm>. Acesso em 24 fev 2008.
9. 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.* 2004 mar-abr; 6(2): 279-285.
10. Tofioleto M C, Padilha K G. Conseqüências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Revista Escola de Enfermagem USP.* 2006 40(2): 247-252.

TO0012 - DIFERENÇAS ASSISTENCIAIS NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO ENTRE AS MULHERES QUE UTILIZARAM PLANO DE SAÚDE VERSUS SUS

Autor: JOSÉ CECHIN; Co-autores: CARINA BURRI MARTINS; FRANCINE LEITE

Resumo

Esse estudo compara as assistências de pré-natal, parto e puerpério entre os sistemas de saúde público e por plano de saúde. Foram avaliadas características dessa assistência como indicadores de qualidade do serviço prestado. As informações foram obtidas do banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006), incluindo filhos com até 5 anos de idade das mulheres em idade fértil amostradas. A qualidade de assistência do pré-natal ao puerpério foi superior entre as beneficiárias de plano de saúde em relação a das não usuárias.

Palavras-chave: assistência, pré-natal, parto, puerpério, plano de saúde, SUS

Introdução

A atenção à saúde materno-infantil é tida como prioritária entre gestores de saúde. A assistência pré-natal é sempre associada a menores riscos de complicações tanto fetais quanto maternas, visto que muitas complicações podem ser prevenidas nesse cuidado. Assim como a adequada assistência de parto e no puerpério também possam prover um serviço de melhor qualidade às mulheres e evitar complicações.

Justificativa

O Ministério da Saúde, junto à Organização Mundial da Saúde, tem realizado um trabalho intenso de Humanização do Parto e Nascimento, com alguns marcadores de desempenho e resultado. Assim, este estudo tem por objetivo comparar alguns indicadores de qualidade da assistência prestada de cada fase do ciclo de gravidez entre o sistema público de saúde e o serviço prestado pelos planos de saúde.

Métodos

As informações deste estudo são provenientes do banco de dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006), financiada pelo Ministério da Saúde. Essa pesquisa retrata o perfil das mulheres em idade fértil e crianças menores de 5 anos, traz, entre outras, informações sobre a assistência à gestação e ao parto.

A amostra desse estudo foi de 15.575 mulheres com 5.056 crianças menores de 5 anos. Essas mulheres foram amostradas e para garantir a representatividade dos resultados para extrapolar-los para a população um peso amostral foi utilizado nos cálculos.

As entrevistas foram realizadas no próprio domicílio, respondidas pelas mulheres em idade fértil, sendo que muitas informações foram obtidas pelo método recordatório.

Informações mais detalhadas, metodologia completa e banco de dados dessa pesquisa estão disponibilizadas no site <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvsv/pnds>.

Resultados

Assistência pré-natal

Do nascimento de 5.056 crianças, em 146 (1,3%) não foram realizadas consultas pré-natal em nenhum momento e 15 não souberam responder ou ignoraram a informação. Das 4.896 que realizaram pré-natal, 16,5% o fizeram por meio de algum plano de saúde. O motivo mais alegado pelas 146 mães que não realizaram pré-natal foi a distância do serviço de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, enquanto no Sul e Sudeste o motivo mais frequente foi a falta de tempo. Por limitações do próprio inquérito, não foi possível diferenciar entre essas mães as que possuíam ou não plano de saúde com cobertura pré-natal.

Recomenda-se como boa assistência pré-natal a realização de, no mínimo, 6 consultas pré-natal, sendo a última na quinzena antecedente ao parto. Além disso, devem-se realizar exames de sangue e urina (além do realizado para confirmação da gravidez) e exame físico, com aferição da pressão arterial, peso e altura.

Nos dois grupos, foi baixa a frequência (89,4% com plano e 86,1% sem plano) de realização de exame de urina, principalmente pela sua simplicidade de realização e importância para detecção de Diabetes Mellitus e infecção urinária, que pode vir a causar parto prematuro. Exame de sangue e aferição de peso e pressão arterial foram amplamente (>90%) realizados nos dois serviços.

Na Tabela 1 observa-se a distribuição de outras características de assistência pré-natal, segundo as mulheres que fizeram esse procedimento. Observamos que a assistência no plano de saúde foi melhor.

Tabela 1: Distribuição das características da assistência pré-natal entre as mulheres com e sem plano de saúde. Brasil, PNDS 2006.

	Com Plano (%)	Sem plano (%)
Primeira consulta pré-natal		
Antes dos 3 meses	80,9	57,6
Entre 3 e 5 meses	17,2	37,5
A partir dos 6 meses	1,7	3,4
Não sabe/Não respondeu	0,2	1,5
0 ignoradas		
Última consulta pré-natal		
Antes dos 7 meses	0,7	2,3
Entre 7 e 8 meses	24,3	30,2
Entre 9 e 10 meses	74,1	66,3
Não sabe/não respondeu	0,9	1,2
Quantas consultas pré-natal		
?3	1,3	5,0
4 a 5	2,0	9,8
?6	96,7	85,2
283 ignoradas		

Fonte: PNDS 2006/MS. Elaboração: IESS

Assistência ao parto

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um trabalho para a humanização do parto, que entre outros, incluía incentivo ao parto normal e presença de acompanhante no processo do parto. Além disso, recomendava a modificação de rotinas hospitalares consideradas desnecessárias, como episiotomia (corte realizado no períneo da mulher, para facilitar a saída do bebê), lavagem intestinal e tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos) e partos cesarianos. Algumas das características de assistência ao parto podem ser observadas na Tabela 2.

A taxa recomendada pela OMS de partos cesarianos é de 15%. Entretanto, a taxa revelada por essa pesquisa foi de 43,7%. Entre as que realizaram partos em hospital do plano de saúde a taxa foi muito superior (78,8%), comparada com 33,6% no SUS.

Em 2003, a proporção de partos cesarianos na Holanda foi 14%, bem próxima do limite recomendado pela OMS. Em outros países da Europa e América o percentual de partos cesarianos foi bem maior: Alemanha (25%), Estados Unidos (28%), México (36%) e Itália (37%).

Na tentativa de reduzir essas taxas, a ANS (com foco nas operadoras) e o Ministério da Saúde têm intensificado o trabalho de humanização do parto e modificação de práticas desnecessárias.

Em relação à grande diferença da frequência de cesáreas realizadas, deve-se ressaltar que o perfil das mulheres e da atenção prestada a elas é diferente. Enquanto as mulheres com plano de saúde podem decidir sobre o tipo de parto (Merighi et al., 2007), entre as mulheres usuárias do SUS predomina a concepção de que a decisão compete aos profissionais de saúde, independente do desejo da mulher (Dias & Deslandes, 2006).

A tricotomia e a episiotomia são consideradas práticas desnecessárias no parto, mas ainda em processo de adequação pelos médicos e discussão sobre riscos e benefícios, por isso sua alta frequência nos dois serviços de saúde.

Também se observou maior frequência de presença de médico no momento do parto (98,7% x 87,3%) e de atendimento no primeiro local procurado (96,6% x 88,1%) entre as usuárias de plano de saúde quando comparada com as não cobertas. A presença de um acompanhante durante o parto também foi mais de três vezes maior entre as mulheres com plano.

Alívio da dor no parto normal

A OMS e Ministério da Saúde em seu guia de humanização do parto também recomendam o alívio da dor no parto. As medidas para alívio da dor são amplas, desde não-farmacológicas até agentes anestésicos, e são receitadas de acordo com a intensidade da dor da parturiente. Para essas informações foram considerados partos realizados somente em hospitais do SUS ou conveniados pelos planos de saúde (n= 2.379 partos).

Tabela 2: Distribuição das características de assistência ao parto entre as mulheres com e sem plano de saúde. Brasil, PNDS 2006.

	Com plano	Sem plano
Tipo de parto		
Cesárea	78,8	33,6
Normal	21,2	66,4
Acompanhante durante o parto		
Sim	37,6	10,1
Não	62,4	89,8
Não sabe/Não respondeu/Não se aplica	0,0	0,1
Realização de episiotomia (parto normal)		
Sim	81,6	71,4
Não	18,4	26,9
Não sabe/Não respondeu/Não se aplica	0,0	1,7
Realização de tricotomia		
Sim	51,6	35,1
Não	48,0	64,4
Não sabe/Não respondeu/Não se aplica	0,4	0,5
Lavagem Intestinal		
Sim	23,6	22,4
Não	74,0	76,1
Não sabe/Não respondeu/Não se aplica	2,4	1,5

Fonte: PNDS 2006/MS. Elaboração: IESS

A proporção de mulheres que tiveram alívio da dor no parto foi baixa (28,5%). Entretanto, quem realizou o parto pelo plano de saúde teve sua dor aliviada em uma proporção maior (48,3%), comparado com 27,2% das que realizaram o parto no SUS. Apesar da frequência dos procedimentos não-invasivos terem sido baixos nos dois serviços, o alívio foi alcançado pelo procedimento da anestesia peridural com maior frequência para as usuárias de plano de saúde (36,7% x 11,9%).

Assistência no puerpério

A assistência no puerpério (consulta ginecológica até dois meses após o parto) teve uma frequência considerada muito baixa (38,5%) na população em geral, com marcante diferença entre as que tinham (70,3%) e as que não tinham plano de saúde. (32,2%). As mulheres que realizaram esse acompanhamento são mais escolarizadas e têm maior renda per capita.

Conclusões

A taxa de cobertura de pré-natal foi alta (98,7%) em todo o país, com pequenas variações entre as regiões. As frequências de assistência pré-natal antes do primeiro trimestre gestacional, acompanhamento até os meses finais e realização de mais de 6 consultas durante a gestação foi maior entre as usuárias de plano de saúde.

Quanto ao parto, o alívio da dor é realizado com maior frequência entre as mulheres cobertas por plano de saúde, assim como para elas são mais elevadas as frequências de tricotomia e episiotomia.

A assistência ao puerpério, em geral, foi baixa. Porém, entre as mulheres com plano de saúde foi mais de duas vezes mais frequente do que entre as sem plano. Uma das formas de melhorar a assistência ao puerpério é informar a mulher da importância da necessidade de sua realização durante o pré-natal.

As taxas de cesarianas são altas nos dois sistemas, porém, entre as usuárias de plano de saúde são substancialmente superiores. Uma vasta literatura médica vem se consolidando na indicação do parto normal e à diminuição dos partos cesáreos. A Agência Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde em conjunto com as operadoras de plano de saúde têm realizado um trabalho de conscientização tanto entre as usuárias como entre os médicos para incentivar o parto normal nos dois sistemas.

Porém, o grande desafio é mudar a arraigada cultura médica e da escolha das próprias parturientes pelo parto cesáreo. Medo da dor, influência familiar e o controle da data e hora do nascimento são alguns dos motivos que levam à escolha do parto cesáreo e são fatores presentes no cotidiano das pessoas. Por outro lado, o fato da mulher ser submetida a um procedimento cirúrgico, a probabilidade de nascimento prematuro (visto que as cesarianas são agendadas previamente e com estimativa do tempo de gestação), benefícios para o sistema respiratório do recém-nascido e recuperação mais rápida da mãe são temas muito relacionados à gestante, porém de informações mais técnicas e nem sempre disseminadas.

As operadoras de plano de saúde devem incentivar a discussão sobre a escolha de qual a melhor forma de proceder a assistência ao parto, com materiais informativos e acompanhamento da população de gestantes através de indicadores de assistência e questionário sobre a satisfação do atendimento recebido, mas a decisão final cabe à gestante conjuntamente com seu médico.

A qualidade de assistência à mulher desde o pré-natal até o puerpério é, em geral, superior entre as beneficiárias de plano de saúde em relação a das não usuárias. Essa melhor assistência decorre da maior facilidade de acesso aos serviços, do atendimento com hora marcada e pelo mesmo médico durante todo o período. Esses fatores são vantajosos para a adesão ao pré-natal e segurança no momento do parto, fatores que são diferenciais do sistema por plano de saúde.

T00013 - INDICADORES DO GERENCIAMENTO DE DOR NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Autor: RAFAELA APARECIDA MARQUES CALIMAN; Co-autores: MARIA FERNANDA ZORZI GATTI; ELISETH RIBEIRO LEÃO

Estudo descritivo que objetivou caracterizar o gerenciamento da dor no serviço de emergência e conhecer sua eficácia na ótica dos enfermeiros, em um hospital privado da cidade de São Paulo, mediante análise de 1221 prontuários no período de out/2007 a out/2008. A prevalência de dor foi 50,8% (índice de avaliação de 98,5%) com predominância de dor visceral (49,2%), com tratamento farmacológico 40,8% dos pacientes. Na transferência e na alta hospitalar, 80,4% e 81% dos pacientes não apresentava dor, respectivamente. O gerenciamento da dor refletiu um indicador de qualidade assistencial e foi considerado eficaz em 91,8% dos casos pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Indicadores, Dor, Emergência, Qualidade.

INTRODUÇÃO

O tratamento da dor aguda representa um problema de grande magnitude para a área da saúde. O serviço de emergência destaca-se nesse contexto por tratar-se do local onde a dor é a principal causa que leva o indivíduo a procurar tratamento, aguda ou crônica agudizada, sintoma de doença, indicativo ou não de potencial gravidade, ela é responsável por alertar a necessidade de atendimento médico imediato.

A dor aguda está relacionada com o surgimento de uma lesão inflamatória, infecciosa ou traumática, é bem delimitada tempo-espacialmente, traz consigo respostas neurovegetativas como a hipertensão arterial, a taquicardia, a taquipnéia, a sudorese, assim como, a agitação psíquica e motora, nervosismo e ansiedade; geralmente está relacionada com a intensidade da estimulação nociceptiva e, habitualmente, reduz-se à medida que esvanece a concentração das substâncias algógenas teciduais, portanto, espera-se que tenha remissão após a cura da lesão primária.

A investigação da dor em serviço de emergência requer uma sistematização rápida e objetiva, razão pela qual os instrumentos unidimensionais são mais utilizados de forma a propiciar uma rápida idéia sobre a intensidade da dor e do desconforto do indivíduo, permitindo, inclusive, que o atendimento seja priorizado. Uma pesquisa com médicos e enfermeiros apontou que a utilização da escala analógica visual propiciou o gerenciamento da dor à medida que reduziu o tempo entre o atendimento inicial e a analgesia.

Existem protocolos difundidos mundialmente com o propósito de nortear o atendimento imediato para indivíduos vítimas de traumas ou com afecções clínicas, que recomendam, inclusive, o tratamento da dor nos serviços de emergência.

O PHTLS – Prehospital Trauma Life Support apresenta algumas restrições no manejo da dor, principalmente, no que diz respeito aos efeitos colaterais das drogas, como depressão do sistema respiratório, agravamento de hipóxia pré-existente e aumento da vasodilatação com piora da hipotensão e choque. O controle pré hospitalar da dor não é usual, entretanto, há consenso no tratamento da dor em indivíduos com lesões isoladas de extremidades e no transporte prolongado de pacientes sem sinais de comprometimento ventilatório ou choque.

De acordo com o ATLS, Advanced Trauma Life Support, um dos princípios básicos é tratar primeiro a ameaça maior à vida e, posteriormente, incluir a reavaliação continuada do indivíduo e direcionar o tratamento da dor conforme a especificidade da lesão.

O protocolo do ACLS – Advanced Cardiology Life Support firma a importância do alívio da dor no indivíduo cardíaco, pois a produção e a percepção da dor envolvem vias neurais locais, espinais, talâmicas e corticais, aumentando, de maneira adversa, os determinantes de consumo de oxigênio do miocárdio, situação que pode piorar uma isquemia preexistente e prejudicar uma hemodinâmica limitrofe.

No protocolo do PALS – Pediatric Advanced Life Support a analgesia e a sedação são tratadas em um capítulo à parte, em função da especificidade do tratamento do lactente e da criança em situação de emergência.

É nítida a restrição do uso de fármacos no atendimento de emergência a indivíduos com risco de vida ou comprometimento de funções ou órgãos vitais. Faz-se necessária, portanto, a busca do conhecimento pela equipe sobre a fisiopatologia da dor, da farmacologia dos antálgicos, do benefício das técnicas analgésicas não invasivas e dos instrumentos que possibilitam avaliar a dor com maior precisão, para que ela seja tratada ainda na avaliação primária.

Do ponto de vista de qualidade da assistência, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, entidade que realiza a certificação de qualidade em serviços de saúde, orienta que cada indivíduo deve ser questionado em sua admissão em um hospital sobre a presença de dor e a instituição de saúde deve ser a responsável pelo tratamento efetivo, envolvendo, inclusive, a família.

A fim de buscar a melhoria contínua, enfermeiros de um hospital privado da cidade de São Paulo foram pioneiros na implantação da dor como 5º sinal vital na instituição, inclusive, no serviço de emergência, a partir da constituição do Grupo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Dor (GEPED). Este grupo, dentre outras atividades, tem acompanhado mensalmente, desde 2004, o monitoramento do gerenciamento da dor como indicador de qualidade assistencial, cuja análise parcial dos dados é apresentada neste trabalho.

JUSTIFICATIVA

O tratamento da dor em serviço de emergência nem sempre é avaliado como prioridade, além de considerar-se o risco de vida de forma emergencial, o fato da possibilidade do alívio da dor dificultar ou até mascarar o diagnóstico faz com que, muitas vezes, os profissionais deem preferência ao monitoramento da evolução da dor em detrimento do alívio da mesma, até que se conheça o diagnóstico médico. Isso pode resultar no subtratamento da dor, embora alguns estudos apontem que a analgesia em condições agudas não interfere na avaliação do indivíduo, sugerindo, inclusive, maior facilidade para o exame físico e para a conclusão diagnóstica.

A deficiência de conhecimento - de médicos e enfermeiros - em relação aos efeitos fisiológicos e farmacológicos das drogas parece, também, contribuir nesse sentido. O déficit de avaliação e direcionamento de prioridades dos indivíduos com dor foi observado em estudo com 249 enfermeiros de 09 hospitais em Taiwan, fato que indica a necessidade de treinamento diferenciado sobre o tema com a inclusão de protocolos que possam direcionar os profissionais, com consequente monitoramento do processo.

Outro aspecto importante a ser considerado em serviço de emergência é a grande diversidade de procedimentos invasivos e dolorosos com finalidade diagnóstica e terapêutica, tais como a intubação traqueal, a dissecação venosa, a punção arterial, a redução de fraturas e tantos outros, cabendo, portanto, maior preocupação com a prevenção e o alívio da dor.

Em investigação com 200 pacientes quanto à qualidade assistencial em departamento de emergência, 20% dos entrevistados referiu descontentamento com o tratamento da dor e considerou que o mesmo não foi efetivo. Fatores como a deficiência de orientação sobre o autocuidado por parte dos enfermeiros e a ausência de direcionamento médico para a continuidade do tratamento também foram citados.

O tratamento da dor aguda representa um problema de grande magnitude para a área da saúde. Frente ao exposto percebe-se que nos serviços de emergência o manejo da dor é frequentemente negligenciado, o que implica em sofrimento adicional para os pacientes, o que torna essencial, o monitoramento deste processo assistencial a fim de identificar as oportunidades de melhoria para assim garantir assistência de excelência.

Este estudo teve como objetivos caracterizar o gerenciamento da dor em pacientes adultos atendidos na área de observação do serviço de emergência do referido hospital e conhecer a eficácia desse processo assistencial na ótica dos enfermeiros.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo exploratório com a seleção dos pacientes atendidos na área de observação do serviço de emergência adulto, de outubro de 2007 a outubro de 2008. A amostra representativa foi estimada a partir da análise estatística prévia do número de pacientes atendidos mensalmente pelo serviço.

Os dados foram obtidos de 1221 prontuários e foram consideradas as seguintes variáveis de estudo: o índice de avaliação da dor, a prevalência de dor mensurada por meio da utilização da escala numérica verbal (0-10), o tipo de dor, a evidência de tratamento farmacológico (prescrição médica), a intensidade da dor na alta hospitalar e na transferência para as outras unidades da instituição e a avaliação do processo de gerenciamento da dor, na ótica dos enfermeiros.

O estudo foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e foi aprovado sob protocolo nº24/08.

RESULTADOS

Dos 1221 prontuários analisados, 1203 pacientes foram avaliados em relação à dor (98,5%). Os pacientes que não receberam a avaliação (1,5%) estavam na área de observação da emergência para a realização de pequenos procedimentos, tais como a troca de botton de gastrostomia e lavagem intestinal.

Apesar de considerarmos a falta de avaliação como falha no processo de gerenciamento da dor, pudemos constatar que tais procedimentos foram resolutivos e estes pacientes receberam alta hospitalar tão logo os mesmos foram finalizados.

A idade média dos pacientes avaliados foi de 56,6 anos com variação de 12 a 99 anos. 43,9% dos pacientes eram do sexo masculino e 56,1% do sexo feminino.

A prevalência de dor foi de 50,8%. Pelo fato de não considerarmos neste estudo as avaliações e o tratamento da dor que antecederam ao encaminhamento do paciente à área de observação, podemos inferir que o restante dessa população (49,2%) ou de fato não tinha dor ou então teve dor, porém pode ter sido medicado e ao ser admitido no setor de observação já se encontrava sanada.

Conforme o gráfico 1, a dor visceral constituída principalmente pelos casos de dor abdominal e dor torácica representou a maior queixa de dor na população investigada, seguida da dor músculo-esquelética (muito comum nos casos ortopédicos), de outros tipos de dor (assim classificados nos casos de cefaléia e dor vascular), da dor neuropática e dor oncológica.

Os pacientes receberam tratamento farmacológico com analgésicos e antiinflamatórios em 40,8% dos casos. Todavia, uma limitação do estudo é a análise qualitativa do tratamento implementado e sua efetividade em relação aos fármacos prescritos, que deverá ser identificado em futuras pesquisas, bem como a evidência do uso de medidas não farmacológicas, que atualmente são utilizadas, mas não foram mensuradas.

Observamos no gráfico 2 que 19,6% dos pacientes foi transferido para as unidades de internação com algum tipo de dor, o que de certa forma é esperado. O tempo para o efeito do fármaco administrado é uma variável que pode ser considerada, todavia, isso não configura um motivo de preocupação uma vez que a continuidade do tratamento é garantida por meio das informações fornecidas e documentadas em prontuário.

Na alta hospitalar a ausência de dor foi apontada pela maioria dos pacientes, conforme gráfico 3. A continuidade do tratamento no domicílio é estimulada pela equipe assistencial que fornece as orientações por escrito ao paciente e familiar.

Embora o padrão ouro de avaliação de qualidade do gerenciamento da dor seja o grau de satisfação do paciente (em fase de implantação), este estudo verificou, em um primeiro momento, a percepção dos enfermeiros sobre a sua prática profissional neste quesito. O gerenciamento da dor foi considerado eficaz em 91,8% dos casos, o que parece ser corroborado pelo fato da maioria dos pacientes (81%) referir ausência de dor na alta hospitalar.

CONCLUSÃO

A dor é um fenômeno bastante prevalente na unidade de emergência estudada com predominância de casos relacionados à dor visceral e o índice de avaliação da dor tem sido satisfatório às metas institucionais. A maioria dos pacientes que apresentou sintomatologia algíca tinha tratamento farmacológico prescrito e ao receber alta ou ser transferido apresentava o controle adequado da dor. Para os enfermeiros o gerenciamento da dor é eficaz, o que deve ser confrontado com índices de satisfação da qualidade do gerenciamento da dor, em fase de implantação, que complementará o monitoramento desse processo.

TO0016 - ANÁLISE DOS INDICADORES DE QUALIDADE UTILIZADOS NOS CENTROS DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS ACREDITADOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Autor: SUZIMAR DE FÁTIMA BENATO; Co-autor: WILZA CARLA SPIRI.

INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) é definido como uma unidade de apoio técnico que tem como finalidade o fornecimento de artigos médico hospitalares adequadamente processados, proporcionando assim, condições para o atendimento direto e à assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios (1).

Os recentes avanços da cirurgia e a responsabilidade pelo controle de infecções fazem com que o CME assuma posição de destaque dentro do hospital. Para cumprir este papel, precisa-se de investimento constante em qualificação, pesquisa e integração com as unidades consumidoras, responsáveis pelas tarefas de prevenção, de diagnóstico e de terapêutica aos seus clientes (2).

Este investimento busca um processo de gestão organizado, com ferramentas e técnicas adequadas, que planeje de forma eficaz e eficiente os processos do CME, o que pode ser feito por meio da identificação das "boas práticas" adotadas pelos responsáveis deste setor, as quais podem ser usadas como diretrizes para melhorar e reforçar o trabalho atual e também para evitar erros desnecessários.

Entende-se como processo de trabalho o conjunto de atividades complementares e interdependentes ao processo de saúde, constituído por objeto, instrumentos, finalidade, e que envolve pessoas e dimensões práticas (o cuidar, o educar e o gerenciar) que caracterizam e transformam o ser, o saber e o fazer da profissão. Como objeto de trabalho da Enfermagem está o cuidado ao cliente; como instrumentos podem ser citados o processo de Enfermagem, o cuidado, as técnicas, os materiais e equipamentos, a comunicação, orientação e interação, conhecimento científico e sistematizados, dentre outros (considerados como tecnologias de enfermagem). Por fim, como finalidade, o atendimento das necessidades de saúde do cliente por meio do cuidado de Enfermagem, que é consumido ao mesmo tempo em que é realizado (3).

No CME, este processo configura-se de modo diferente, por caracterizar o seu objeto nos artigos e instrumentais a serem reprocessados, o seu produto final nos artigos em condições seguras de uso e a sua finalidade no auxílio aos cuidados de Enfermagem e de saúde, realizado pelas unidades consumidoras. Sob este ponto de vista, pode-se dizer que a CME promove um cuidado ao cliente de maneira indireta, por instrumentalizar o cuidado direto prestado por outros setores ou serviços de saúde (3).

Assim, é fundamental que se escolha um método que avalie a qualidade dos serviços de saúde para que, por meio de suas diretrizes, haja a possibilidade de realizar o planejamento do processo de trabalho do CME. Entre os métodos propostos na literatura encontra-se a Acreditação, um processo voluntário e periódico desenvolvido e apoiado pelo Ministério da Saúde, com a resolução descrita na portaria GM nº 538 de 17 de abril de 2001, que já certificou 84 hospitais no Brasil desde a sua implantação com a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 1999 (4). Esse método, portanto, foi desenvolvido exclusivamente para a realidade hospitalar e contém itens específicos para o CME.

Os padrões estabelecidos no Manual de Acreditação Hospitalar (4) para avaliação do serviço de reprocessamento de materiais e esterilização para identificar se este está desenvolvendo um serviço de boa qualidade, são descritos separadamente de acordo com o nível de qualidade. O uso de indicadores de qualidade é um requisito deste programa nos níveis 2 e 3, como seguem:

Nível 2: Definição de indicadores para os processos identificados; Medição e avaliação dos resultados de processos.

Nível 3: Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlaciona aos indicadores de desempenho dos processos; Dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; Apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica.

Indicadores de qualidade são medidas objetivas e definidas daquilo que se pretende conhecer, permitindo, por meio de seus resultados evidenciarem problemas e propor soluções para que os mesmos não reapareçam. São representações, quantitativas, ocorrências ou eventos de um sistema. Constitui um instrumento gerencial de mensuração, sem o qual é impossível a avaliação criteriosa de qualidade ou produtividade (5).

A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de serviços de enfermagem nas instituições hospitalares, implica na explicitação de referenciais de apoio, sob a ótica dos quais os diferentes elementos constitutivos das estruturas organizacionais, dos processos de trabalho e dos resultados da assistência prestada devem ser resgatados e analisados.

Assim, a elaboração desses indicadores requer a busca de eixos condutores que apontem para a necessidade de se considerar os seguintes aspectos: as políticas assistenciais, educacionais e gerenciais em saúde; a missão e a estrutura organizacional; os programas e as propostas de trabalho das instituições de saúde; os recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis e as expectativas da clientela atendida.

Cabe ressaltar, que dificilmente um indicador, de maneira isolada, é capaz de retratar a realidade; é mais provável que um grupo deles possa espelhar uma determinada situação. Logo, para garantir o acesso a um conjunto de indicadores, é fundamental a existência de um sistema de informação capaz de propiciar maiores e melhores elementos para a construção e para o uso dos mesmos (6).

Desta forma, será realizada a análise dos indicadores utilizados pelos CMEs dos hospitais públicos acreditados do Estado de São Paulo bem como a análise da gestão desses indicadores utilizados pelos enfermeiros responsáveis por este setor.

OBJETIVO

Descrever e analisar os indicadores de qualidade utilizados nos CMEs dos Hospitais Públicos Acreditados do Estado de São Paulo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, baseado no modelo proposto por Yin (7), onde não são apresentados os dados de casos individuais separadamente, mas sim, interligados num relatório de casos cruzados.

Yin define estudo de caso como uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidenciadas (7).

Assim, o desenho proposto para este estudo era formado por uma população alvo que envolvia todos os hospitais públicos do Estado de São Paulo acreditados em qualquer um dos níveis de qualidade, em número de dez (10), sendo três Acreditados (nível 1), quatro Acreditados Plenos (nível 2) e três Acreditados com Excelência (nível 3).

Com a amostra definida, optou-se por uma estratégia da entrada em campo:

- Comunicação com o responsável pela instituição via telefone para solicitação de participação no estudo e envio do termo de consentimento para a instituição via correio ou e-mail; Quando aceito, aguardamos o envio do termo de consentimento assinado pelo responsável via correio ou e-mail; O consentimento deveria ser entregue no máximo até janeiro de 2008, para viabilizar a pesquisa; Solicitação de indicação de profissional da área a ser entrevistado; Contato via telefone com o entrevistado para agendamento da entrevista; Envio do formulário para o entrevistado via e-mail ou pelo correio antecipadamente; Assinatura do termo de consentimento do entrevistado assinado em duas vias, para que uma via ficasse com o entrevistado e a outra com a pesquisadora e Entrevista.

Foi possível realizar a coleta de dados em três Hospitais que em tempo hábil procederam a autorização e agendamento da visita e entrevista. Foram excluídos dois hospitais que não possuíam CME em suas dependências, pois optam por trabalharem em esquema de consórcio com outros hospitais. Os outros cinco hospitais não forneceram seu consentimento no prazo estipulado, e foram excluídos. Em todos os hospitais, o projeto de pesquisa foi enviado na íntegra, juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (OF. 99/2007 – CEP) para avaliação de suas Comissões de Pesquisa que após aprovação encaminhava para a diretoria de enfermagem para autorização e agendamento da visita e entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos hospitais em estudo foi constatada uma grande dificuldade dos entrevistados em pontuar quais são os indicadores específicos para o CME. De uma maneira geral, os indicadores pontuados são os de produção e a pesquisa de satisfação do cliente.

a. Indicadores de Produção

A mensuração da produção dos CMEs assume especial importância, tanto por questões estruturais, associados à natureza do seu produto, como por questões operacionais, que passam desde o simples conhecimento e comparação da sua atividade, a questões mais técnicas como a avaliação da qualidade do reprocessamento dos artigos.

Mas a seleção de cada método de esterilização está relacionada às características físicas constituintes dos artigos odonto-médico-hospitalares (AOMH) que são classicamente divididos em termorresistentes ou termossensíveis (8).

Para os artigos termossensíveis são recomendadas as esterilizações químicas, físico-químicas e radiação e, para os termorresistentes, a tradicional esterilização por calor úmido ou seco (8).

A prática da esterilização por calor úmido, ou seja, sob a forma de vapor é a mais antiga, segura, barata e estudada para esterilizar os artigos compatíveis com a umidade e altas temperaturas, ou seja, os artigos termo-resistentes (8).

O quadro 1 mostra a quantidade de autoclaves a vapor e produção mensal dos ciclos e pacotes desse processo em cada hospital do estudo.

QUADRO 1: Quantidade de autoclaves a vapor e produção mensal de ciclos e pacotes desse processo de esterilização dos CMEs dos Hospitais Públicos Acreditados do Estado de São Paulo. – 2008.

HOSPITAL	AUTOCLAVE A VAPOR SATURADO		
	QUANTIDADE	Nº CICLOS/DIA	PACOTES/MÊS
A	04	26	34.000
B	03	20	26.000
C	02	17	6.000

O Hospital A, possuidor da maior produção de artigos esterilizados a vapor, também possui o maior número de leitos, maior número de salas de cirurgias e maior número de serviços de alta complexidade, seguido sequencialmente pelos hospitais B e C.

QUADRO 2: Quantidade de autoclaves a plasma de peróxido de hidrogênio e produção mensal de ciclos e pacotes desse processo de esterilização dos CMEs dos Hospitais Públicos Acreditados do Estado de São Paulo. – 2008.

HOSPITAL	AUTOCLAVE A PLASMA DE PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO		
	QTDE	Nº CICLOS/DIA	PACOTES/MÊS
A	0	0	0
B	01	03	1.000
C	01	07	2.500

QUADRO 3: Quantidade mensal de pacotes esterilizados por óxido de etileno e custo mensal para CMEs dos Hospitais Públicos Acreditados do Estado de São Paulo terceirizam este serviço – 2008.

HOSPITAL	ESTERILIZAÇÃO POR ÓXIDO DE ETILENO		
	Terceirização	PACOTES/MÊS	CUSTO
A	Sim	15.000	R\$ 18.000,00
B	Sim	2.500	R\$ 3.000
C	Não	0	0

Quanto à esterilização dos artigos termossensíveis, observamos nos quadros 2 e 3 que o hospital A não possui equipamentos para este fim, portanto este serviço é realizado através de uma empresa de esterilização por óxido de etileno, apresentando uma produção mensal alta, mais justificada pelo número de serviços de alta complexidade que atende, como por exemplo, hemodinâmica e cirurgias por videolaparoscopia.

O Hospital B possui equipamento de esterilização por plasma de peróxido de hidrogênio (PPH), mas também terceiriza o serviço através de uma empresa de esterilização por óxido de etileno. A separação dos artigos que serão esterilizados por um método ou outro é de acordo com a indicação do fabricante e padronização do hospital. Como a esterilização por PPH possui limitações e baixo índice de penetração, o hospital necessita de esterilização por outro método, no caso, óxido de etileno. Apesar deste hospital possuir vários serviços de alta complexidade, sua produção não é tão alta quando comparada ao hospital A.

O hospital C não possui serviços de hemodinâmica, nem variedade de cirurgias videolaparoscópicas, o que explica a não necessidade de terceirização de uma empresa de esterilização para artigos termossensíveis. No caso, os artigos esterilizados possuem pouca complexidade e indicação de esterilização em PPH, o que é realizado no próprio hospital, já que este possui tal equipamento.

Nenhum dos CMEs possuía equipamento de esterilização por Vapor a Baixa Temperatura e Formaldeído (VBTF), uma vez que o mercado dispõe de equipamentos cujo modelo permite os dois processos de uma mesma câmara, esterilização a vapor saturado sob pressão e a VBTF (9).

Comparativamente, observamos que dos métodos mencionados, a esterilização pelo vapor é a mais indicada e utilizada, tanto nos hospitais em estudo quanto na indústria farmacêutica e área hospitalar em geral (10). Verifica-se também na literatura (10) que 90% dos artigos esterilizados utilizados na assistência são processados em autoclaves a vapor o que não é encontrado nos Hospitais A e C, onde a proporção diminui para aproximadamente 70%.

O desenvolvimento de técnicas cirúrgicas demanda instrumentos sofisticados e de alto custo, como o desenvolvimento da videocirurgia com impacto significativo no aumento do número de itens de uso único a serem reprocessados (10).

Desta forma, os artigos termossensíveis constituem-se em um grande desafio para o gerenciamento dos CMEs (10).

Os hospitais na busca de alternativas para o reprocessamento de artigos a baixa temperatura, encontram barreiras nas portarias e regulamentações que dificultam a instalação do processo de esterilização ao ETO intra-hospitalar, o que leva a constituir parcerias e terceirizar este serviço (11).

A prestação de serviço de reprocessamento é composta de coleta, limpeza, preparo e acondicionamento, esterilização e entrega (11).

Essas empresas normalmente contam com frota de carros para agilizar a entrega, que constitui um diferencial e uma necessidade para as instituições de cuidados de saúde (11).

A esterilização por PPH aponta viabilidade de forma complementar, bem com o VBTF como alternativa (12). Mas a esterilização por PPH possui várias limitações (12) e o uso de pastilhas de formaldeído foram proibidos de serem fabricados comercializados e esterilizados para processos de esterilização de artigos pela RDC Nº37, de Junho de 2008.

Desta forma inicia-se uma grande discussão nacional sobre o tema, e é determinante que o enfermeiro gestor dos CMEs possua o domínio do conhecimento e atualização, para realizar a indicação dos processos com embasamento científico.

b. Pesquisa de Satisfação do Cliente

A pesquisa de satisfação do cliente é um grande indicador de resultado, pois avalia o atendimento das expectativas dos clientes e principalmente o produto gerado pelo CME na visão dos consumidores.

Nos hospitais pesquisados, a pesquisa de satisfação do cliente foi citada por todos, que relataram fazê-la sistematicamente, a cada 30 dias no hospital A e a cada 6 meses nos hospitais B e C. Após a tabulação de seus dados, os hospitais referem diagnosticar os principais erros e acertos e através deles gerarem políticas de melhorias de qualidade no CME com mudanças nos processos e realização de treinamentos.

Mas a pesquisa de satisfação só contempla os clientes externos do próprio hospital, que são as unidades consumidoras, mas não contempla os fornecedores e nem os clientes internos, ou seja, os próprios funcionários. Esta avaliação se faz necessária para poder gerar análises mais detalhadas sobre a sistemática do CME.

A sistematização deste indicador é um grande desafio, com uma única metodologia e uniformização da linguagem. Os entrevistados referem a dificuldade em comparar não só este indicador como qualquer outro referente ao CME pelo fato da falta de padronização destes.

É sabido que, embora reconhecida a sua importância, as investigações sobre satisfação do usuário ainda apresentam problemas derivados, principalmente, da falta de padronização dos instrumentos de coleta de dados. Uma pesquisa, utilizando a técnica de meta-análise, incluindo um total de 221 estudos de satisfação do usuário, mostrou, em seus resultados, que 97% dos instrumentos utilizados eram diferentes entre si. Apenas 3% já eram conhecidos e haviam sido utilizados em outras investigações; o que denota a falta de padronização metodológica para a aferição das informações sobre o assunto, dificultando a comparação de seus resultados (13).

c. A gestão dos indicadores de qualidade

Validar indicadores conduz o enfermeiro a encontrar respostas para diversas questões gerenciais, assistenciais, econômicas e legais, mostrando resultados em relação ao atendimento prestado, e a implementar ações de melhoria, baseadas em elevados padrões de qualidade (5).

Como já descrito anteriormente, os indicadores de qualidade do CME não são muito bem definidos nos hospitais em estudo. São relatados indicadores de produção e de resultado, mas com sistemáticas diferentes quanto à montagem dos indicadores.

Encontra-se na literatura (5), autores que abordam o tema indicadores na saúde. Suas obras referem inúmeros exemplos de situações passíveis de mensuração, no entanto pouco encontramos de relatos vivenciais da aplicação destes. Tal fato surpreende e leva à reflexão sobre a utilização que é feita desta ferramenta.

Durante a entrevista, verificou-se a existência de indicadores organizados de produção, mas que retratavam fragmentos da realidade do CME. No entanto, a utilização dos resultados obtidos parece não interferir na recondução das ações de qualidade. A análise crítica dos indicadores, com estabelecimento de relações de causa e efeito entre os indicadores e tomada de decisões com base nestas análises não foram citadas em nenhum dos hospitais de forma sistematizada e com registro deste processo.

Os indicadores podem constituir instrumento de força e poder para mudar processos internos de trabalho, quando a coleta e os resultados são tratados adequadamente. Caso contrário haverá volume e informações que não irão gerar melhorias ou revisões nos processos apontados, prejudicando o setor de ciclos de melhoria contínua. Pode-se verificar outra possibilidade no que tange aos resultados obtidos pelos indicadores, tratando a solução de problemas de maneira pontual e específica, sem a análise mais sistêmica (14).

Tal abordagem prejudica a instituição, à medida em que as ações passam a ser norteadas por características imediatistas, em oposição às preventivas, com foco nos processos, que poderiam resultar em mudanças estruturais (14).

Estudo sobre iniciativas de qualidade e seus resultados em 5 hospitais observou a existência de aprimoramento dos indicadores de produção, satisfação dos clientes e treinamentos dos funcionários. Entretanto, pouco encontrou, em relação aos indicadores que evidenciassem a melhoria da assistência propriamente dita (15).

Nenhum hospital pesquisado possuía sistemática de comparação de indicadores com referenciais externos relacionados ao CME, mesmo o hospital B que possui a certificação de nível 3 de qualidade, onde este requisito é uma exigência. A enfermeira deste hospital talvez pelo pouco tempo como responsável pelo setor (7 meses), não conhecesse os referenciais externos, mas ainda reforçou que este é um grande desafio para a área de CME.

Pesquisa realizada sobre a gestão baseada em informação relata que ainda não foi assimilado pela indústria de serviços de saúde, o grande esforço consistiria em padronizar metodologias para a coleta e dados e construção de indicadores. A análise, interpretação e disseminação desses indicadores constituiriam em desafios para a maioria dos serviços de saúde. Outro desafio seria superar a falta de comunicação e disseminação da informação necessária para um adequado processo de decisão (16).

Ações alinhadas ao planejamento estratégico não foram citadas pelos entrevistados. Tal resultado não surpreende, considerando que um dos principais obstáculos na área de saúde para implementação de programas de melhoria contínua é a ausência de enfoque dos mesmos como prioridade estratégica.

De fato, os processos de trabalho relatados pelos enfermeiros muito se aproximam deste tipo de gerenciamento rotineiro e de atividades programadas. Tal constatação não diminui o valor intrínseco da qualidade das atividades realizadas, apenas demonstra não haver um rigor no registro e gestão de pontos fracos, persistindo a resolução dos problemas imediatos. Este cenário não é exclusivo da amostra estudada, visto que já foi estudado em diversos estudos na área da qualidade (5).

Para os hospitais acreditados deveriam ser instituídos indicadores de estrutura, processos e resultados para cada área específica, recomendados pela própria ONA, para facilitar a gestão dos serviços e propiciar uma comparação externa sistemática através de um benchmarking, que é uma ferramenta de gestão muito utilizada por empresas com o objetivo de implementar mudanças e fazer uma análise comparativa dos resultados visando superioridade competitiva. Este método, além de trazer motivação às equipes, traz confiabilidade aos hospitais à medida que melhora seus processos, traz qualidade à assistência e satisfação do cliente (17).

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa possibilitou, por meio do estudo de caso, descrever e analisar os indicadores de qualidade dos CMEs dos Hospitais Públicos Acreditados do Estado de São Paulo concluindo-se que:

- Os indicadores pontuados são os de produção e pesquisa de satisfação dos clientes.
- Os indicadores de produção focaram-se nos processos de esterilização. O hospital A tem a maior produção de artigos esterilizados a vapor o que é compatível com o maior número de leitos, maior número de salas cirúrgicas e maior número de serviços de alta complexidade. Na esterilização de artigos termossensíveis o hospital A terceiriza o serviço para a esterilização por ETO, o hospital B e C possuem equipamentos de esterilização por PPH, sendo que o hospital B também terceiriza esterilização por ETO.
- A pesquisa de satisfação do cliente é realizada pelos três hospitais que relatam efetua-la de forma sistemática, a cada 30 dias no hospital A e a cada 6 meses nos hospitais B e C. Esta pesquisa de satisfação contempla os clientes externos dos hospitais e não os fornecedores e clientes internos. Não há padronização dos indicadores o que inviabiliza a comparação.

A gestão dos indicadores de qualidade asseguram ao enfermeiro da CME encontrar respostas para diversas questões gerenciais, assistenciais, econômicas e legais o que não é totalmente possibilitado pelos critérios da ONA que mostraram-se pouco expressivos e sensíveis na análise da qualidade da CME.

Acreditamos que este estudo realizado com foco na avaliação de indicadores de qualidade possa contribuir e subsidiar o estabelecimento de padrões específicos para a CME.

REFERÊNCIAS

- 1- Silva A. Organização do trabalho na unidade de centro de material. Rev Esc Enferm USP 1998; 32(2):169-78.
- 2- Silva A, Bianchi ERF. Central de material e esterilização. In: Lacerda RA, coordenadora. Controle de infecção em centro cirúrgico – fatos, mitos e controvérsias. São Paulo(SP): Ateneu, 2003. p.53-62.*
- 3- Taube SAM, Zagonel IPS, Meier MJ. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na central de material e esterilização. Cogitare Enferm. 2005; 10(2):76-83.
- 4- Organização Nacional de Acreditação. Manual de acreditação das organizações prestadoras de serviços hospitalares. 4a. ed. Brasília (DF), 2003. [acesso em outubro/2006]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>.
- 5- Denser CPAC. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: Bork AMT (org). Enfermagem de excelência: da visão a ação. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan, 2003. p.89-100.
- 6- Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab. Méd. 1990; 114:1115-8.
- 7- Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre(RS): Bookman, 2005.

- 8- Young JH. Steam sterilization scientific principles. In: Reichert M, Young JH. Sterilization technology for the health care facility. 2 ed Gaithersburg: Maryland; 1997. p.124-33.
- 9- SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiras de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 4 ed. São Paulo: SOBECC, 2007.
- 10- Rutala WA, Weber DJ. Center of Disease Control - draft guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities; 2002. p.52-5.
- 11- Jericó MC. Aplicação do custeio baseado em atividades de Centro de Material e Esterilizado. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
- 12- Graziano KU. Esterilização por plasma de peróxido de hidrogênio. In: Padoveze MC, Del Monte MCC, coordenadoras. Esterilização de artigos em unidades de saúde. 2 ed. rev ampl. São Paulo: Associação de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar; 2003. p.148-5.
- 13- Hall JA, Doman MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine* 1988; 27(6):637-44.
- 14- Bonato VL, Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo. [Tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.
- 15- Schiesari LMC. Cenário da Acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
- 16- Escrivão JR A. Uso de indicadores de Saúde na gestão de Hospitais Públicos da Região Metropolitana de São Paulo. Núcleo de pesquisas e Publicações, Escola de Administração de empresas - Fundação Getulio Vargas. Série Relatórios de Pesquisa. Relatório 9, 2004.
- 17- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologia em saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(5):547-59.

T00018 - FORNECIMENTO DE KITS DE MATERIAL ESTÉRIL POR CIRURGIA: QUAL A AVALIAÇÃO DOS CIRURGIÕES E EQUIPE DE ENFERMAGEM?

Autor: MIRELA LOPES DE FIGUEIREDO; Co-autores: MARIA D'INNOCENZO; ÁLISSON MIRANDA DOURADO; GICELLE DAIANE SANTOS RODRIGUES LOPES

Resumo:

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, com o objetivo de conhecer a avaliação dos cirurgiões e equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital de Montes Claros-MG sobre o fornecimento de materiais estéreis para cirurgias através de kits. Trinta e oito profissionais, cirurgiões e técnicos/ auxiliares de enfermagem, participantes do estudo responderam um questionário no mês de dezembro de 2008. Os resultados mostraram que a implantação desta metodologia foi avaliada como ótima e muito boa, demonstrando estarem satisfeitos. O serviço prestado promoveu agilidade, segurança, qualidade e economia de tempo na realização de cirurgias.

Descritores: Centro Cirúrgico; Kits Cirúrgicos; Administração de Serviços de Saúde, avaliação, controle de qualidade.

Introdução:

Nos tempos atuais, o gerenciamento da qualidade nas empresas e particularmente nas instituições de saúde, tem como um dos princípios básicos, o atendimento à clientela com o fornecimento de bens e de serviços que promovam a sua máxima satisfação, visando à ausência total de riscos e falhas que possam comprometer a qualidade e a segurança pretendida (PADILHA, 2001).

Atender aos anseios dos clientes, sejam eles externos e internos, superando suas expectativas torna-se prioridade para as organizações. Logo, qualidade consiste em alcançar os resultados desejados pela empresa e simultaneamente encantar àqueles que consomem nossos produtos e/ ou serviços (BALSANELLI, 2005).

A partir da década de 80 com o elevado custo da assistência à saúde e conseqüente necessidade de redução de gastos; o aumento dos processos por erro médico; a maior exigência de qualidade dos cuidados por parte dos usuários; a necessidade de melhor organização dos serviços para otimizar a relação custo/benefício, a qualidade passou a ser assunto prioritário em matéria de saúde (PADILHA, 2001).

O centro cirúrgico, unidade reservada à realização de procedimentos cirúrgicos, integra o conjunto hospitalar e como tal também é responsável pela prestação de serviços de qualidade. Contudo, é considerada uma das unidades mais complexas do hospital, não só por sua especificidade, mas também por ser um local fechado que impõe às equipes de saúde situações estressantes, como lidar com vários aspectos pertinentes à competência técnica, ao relacionamento e aos recursos materiais, além da necessidade de interação com o paciente e com sua família (SOBECC, 2007).

A História da realização das cirurgias traz uma retrospectiva do desenvolvimento do trabalho do enfermeiro do Centro Cirúrgico, que, desde os primórdios, era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para realização da operação. O ambiente cirúrgico tem relação direta neste processo de qualidade sendo que se este deve ser organizado, monitorizado, inspecionado, com equipes dimensionadas adequadamente, dotado de materiais e equipamentos para garantir a realização de cirurgias com segurança visto que o ato cirúrgico é um momento delicado que tem por objetivo ser benéfico para o paciente (YAMAGUCHI, 2007).

Destacamos que a montagem da sala operatória reúne os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem com a finalidade de assegurar condições funcionais e técnicas necessárias ao bom andamento do ato cirúrgico e conseqüentemente, à segurança do paciente. Para tanto, é preciso prever os materiais, instrumentais e equipamentos indispensáveis para realização do ato anestésico-cirúrgico e prover a sala desse arsenal. Para a montagem de uma sala de cirurgia, o profissional determinado pelo enfermeiro deve verificar a cirurgia programada para a mesma, checar o nome e a idade do paciente, o horário da cirurgia, a equipe cirúrgica e o anestesologista responsável e informações relevantes ao ato anestésico-cirúrgico, certificar-se do material e dos equipamentos específicos solicitados, bem como dos materiais de rotina (SOBECC, 2007).

A distribuição de kits cirúrgicos é realizada em muitos hospitais com o objetivo de manter a quantidade mínima de material na sala operatória, de controlar os suprimentos e evitar desperdícios, melhorar a adequação na utilização dos itens, melhores condições de armazenamento e controle de

esterilidade, de modo a criar ambiente propenso a um menor risco de infecção do sítio cirúrgico e, conseqüentemente, à prestação de um atendimento de qualidade (YAMAGUCHI, 2007).

Na Santa Casa de Montes Claros a implantação de kits somente ocorreu a partir de setembro de 2007 após aprovação, pela Diretoria, de projeto elaborado pelo enfermeiro e gestor do Centro Cirúrgico. Os principais problemas elencados no projeto era a falta de controle do material estéril, evasão de caixas e bandejas, risco na realização de procedimento cirúrgico, pois antes que se iniciasse não era verificada a existência do material estéril no estoque, falta de controle de validade dos materiais dispostos no arsenal, ausência de método de separação de materiais para serem encaminhados para sala de operações, acúmulo de materiais nas salas cirúrgicas, sobrecarga do circulante de sala e inexistência de requisição para Central de Material e Esterilização que conseqüentemente, não tinha controle do que produzir além do alto índice de reprocessamento de materiais.

Inicialmente foram elaborados 134 kits através da compilação de uma série histórica de anotações realizadas pelos circulantes de sala por tipo de procedimento cirúrgico. Em seguida, esses kits foram digitados e cadastrados num sistema de computador criado para este fim. Através deste software é possível consultar os itens que compõem cada kit o que facilita o procedimento de montagem dos mesmos, é possível acompanhar relações gerenciais como número de kits fornecidos, número de kits cancelados, matérias extras e sobras por kit. Após cinco meses de implantação, 52 destes kits passaram por uma reestruturação na sua composição baseada nos relatórios, anotações da equipe de enfermagem e sugestões dos cirurgiões. Foram criados mais 47 kits, pois se concluiu que eram necessários. Atualmente existem 181 kits em funcionamento.

Justificativa:

A Santa Casa é um hospital centenário, de grande porte, filantrópico, com capacidade 330 leitos, que presta serviço de saúde de alta complexidade à população do Norte de Minas Gerais e do Sul do Estado da Bahia assistindo a uma população que supera um milhão e quinhentos mil habitantes. Assim como toda grande empresa do século XXI, almeja, além da busca da qualidade e da satisfação de seus clientes, a redução de custos financeiros. Hospital que busca o título de Acreditação Hospitalar e que ficou em 4º lugar no "Prêmio Célio de Castro" concedido pelo governo do estado de Minas Gerais que por meio da Secretaria de Estado da Saúde avaliou e classificou as experiências mais bem sucedidas em gestão de hospitais mineiros que compõem a Rede Pro-Hosp, com base em critérios definidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sua Unidade Centro Cirúrgico é constituído por 07 salas de operações e realiza mensalmente 750 cirurgias, pequeno, médio e grande porte, nas diversas especialidades.

E foi neste contexto que surgiu a necessidade de desenvolver este trabalho que tem por objetivo conhecer a avaliação dos cirurgiões e equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros-MG sobre o fornecimento de materiais estéreis para cirurgias através de kits, já que esses são clientes internos e colaboradores do Centro Cirúrgico.

Na visão da gestão da qualidade é importante conhecer e compreender a visão dos clientes já que é para eles que produzimos. Bittar, 2006 afirma que a interação entre o cliente e o prestador, reflete a qualidade em serviços, pois quem consome está constantemente observando e avaliando o processo. Sendo assim, a percepção do cliente, ou seja, como percebe o serviço oferecido, é um dos grandes componentes da qualidade na prestação dos serviços em saúde.

Diante do exposto, conhecer a avaliação e o impacto dos novos métodos aplicados passa a ser uma ferramenta de diagnóstico importante para o gerente e gestores do Centro Cirúrgico da Instituição justificando, portanto a execução deste trabalho. Desenvolver esta pesquisa também é importante, por ser um meio de produção de informações e conhecimento sobre o assunto.

Método: Estudo de natureza exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa realizado no Centro Cirúrgico da Santa Casa de Montes Claros-MG. A amostra foi composta de 38 profissionais da saúde (médicos cirurgiões e auxiliares/ técnicos de enfermagem) que atuam no Centro Cirúrgico e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos da amostra os funcionários contratados a partir de setembro de 2007, funcionários que estavam de férias, atestado, viajando ou que por algum outro motivo estiveram ausentes do setor no período da coleta de dados que aconteceu de 01 a 12 de Dezembro de 2008.

Os dados foram obtidos através de questionário elaborado e aplicado pelos pesquisadores. Em novembro de 2008 foi realizado um pré-teste com objetivo de ajustar o instrumento de coleta de dados. O pré-teste não faz parte dos dados desta pesquisa. O questionário somente foi entregue ao participante após este receber esclarecimentos sobre a pesquisa, concordar em participar, ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para garantir as questões éticas este projeto foi apresentado à Diretoria da Instituição que aprovou sua realização e divulgação dos resultados.

Os dados obtidos foram digitados em uma base de dados estruturada no formato de planilha no programa Excel e, posteriormente transportados para serem analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 15).

Resultados: Os dados foram analisados através de estatística descritiva para caracterização da amostra. O instrumento (questionário) foi identificado pelo número seqüencial de recolhimento.

De aproximadamente 120 profissionais, cirurgiões e auxiliares/ técnicos de enfermagem, que integram a equipe do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros/ MG, 38 indivíduos enquadraram nos critérios de inclusão e participaram do estudo, sendo que 19 (55%) eram do sexo Feminino, e 19 (50%), do sexo Masculino (Tabela 1)

Quanto à Categoria Profissional foram divididas em Equipe Médica (médicos cirúrgicos) e de Enfermagem (técnico/ auxiliar de enfermagem) sendo que a frequência e representação percentual se encontram na Tabela 2

Tabela 1 – Distribuição de Profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros/ MG segundo Sexo.

		Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	19	50,0
	Feminino	19	50,0
	Total	38	100,0

A média de idade dos profissionais foi de 36,19 anos, variando entre 21 e 63 anos, sendo a faixa etária entre 20 a 40 anos a de maior incidência (73,7%) Tabela 3. A média de Tempo de formado (a) em anos foi de 12 anos. Quanto ao tempo de serviço a média na instituição é 8,29 anos Tabela 2 – Distribuição de Profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros/ MG segundo Categoria Profissional.

	Frequência	Porcentagem
Equipe de Enfermagem	28	73,7
Equipe Médica	10	26,3
Total	38	100,0

Tabela 3 – Distribuição de Profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros/ MG segundo Faixa Etária.

	Frequência	Porcentagem
Faixa Etária	20 - 29 anos	9
	30 - 39 anos	19
	40 - 49 anos	5
	50 - 59 anos	1
	60 - 69 anos	2
	Não Respondeu	2
Total	38	100,0

Constatou através do estudo que 35 (92,1%) do total dos participantes tiveram o primeiro contato com fornecimento de materiais estéreis para cirurgias através de kits foi no Hospital Santa Casa de Montes Claros (Tabela 4) o que caracteriza o mesmo como uma entidade que procura inovar e cada vez mais atender às necessidades dos seus clientes com foco nos processos internos de melhoria da qualidade.

Tabela 4 - Distribuição de Profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros/ MG segundo o local em que teve contato com fornecimento de materiais estéreis para cirurgias através de kits

	Frequência	Porcentagem
Na Santa Casa	35	92,1
Em outro Hospital e/ou Serviço de Montes Claros/ MG	1	2,6
Na Santa Casa e outro Hospital e/ou Serviço	2	5,3
Total	38	100,0

Os resultados significativos, segundo teste analítico, mostraram que as melhorias para realização de cirurgias no Centro Cirúrgico após a implantação dos Kits foram em relação à agilidade, economia de tempo, segurança e qualidade do serviço (Tabela 5). Tanto a Equipe de Enfermagem quanto a Equipe Médica tiveram avaliações positivas quanto aos itens citados. A segurança é a garantia da redução e mitigação de atos não seguros dentro do um sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar resultados ótimos para os pacientes (NETO, 2006).

Tabela 5 – Distribuição de Profissionais do Centro Cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros/ MG segundo avaliação de melhorias ocorridas após implantação de Kits Cirúrgicos

		Equipe de Enfermagem	Equipe Médica	Total
Agilidade	Sim	28	9	37
	Não	00	00	00
Total		28	9	37
Economia de Tempo	Sim	24	6	30
	Não	4	1	5
Total		28	7	35
Segurança	Sim	18	6	24
	Não	10	2	12
Total		28	8	36
Qualidade	Sim	19	5	24
	Não	9	2	11
Total		28	7	35

Há agilidade no processo de entrega dos kits?

	Frequência	Porcentagem
Sim	38	100

Ao questionar se a composição dos kits atende as necessidades durante o procedimento cirúrgico verificou-se que 35 (92,1%) dos pesquisados responderam que sim e 3 (7,9) disseram que não. Apesar dessa avaliação tão significativa quantitativamente, nova pesquisa deve ser realizada levando em conta um número maior de profissionais médicos, pois os três que relataram que a composição dos kits não atende, são médicos correspondendo a 30% do total de participantes dessa categoria profissional.

A composição dos kits atende suas necessidades?

	Frequência	Porcentagem
Sim	35	92,1
Não	3	7,9
Total	38	100,0

Apesar do relatado anteriormente, a solicitação de materiais durante as cirurgias e a sobra de materiais ao término das cirurgias diminuíram, 37 (97,3%) e 35 (92,1%) respectivamente.

A solicitação de materiais durante as cirurgias diminuiu?

	Frequência	Porcentagem
Sim	37	97,3
Não	1	2,7
Total	38	100,0

A sobra de materiais ao término das cirurgias diminuiu?

	Frequência	Porcentagem
Sim	35	92,1
Não	2	5,2
Não sabe	1	2,7
Total	38	100,0

Há acúmulo de manterias estéril nas salas de cirurgia?

	Frequência	Porcentagem
Sim	3	7,9
Não	34	89,4
Não sabe	1	2,7
Total	38	100,0

Manter a quantidade mínima de materiais na sala operatória, suficiente par cada procedimento específico, é importante no controle de suprimentos, na redução de desperdício, na melhoria da utilização de itens e nas condições de armazenagem e controle de esterilização de modo a promover um ambiente propenso a um menor risco de infecção do sítio cirúrgico e conseqüentemente, à prestação de um atendimento de mais qualidade ao paciente (YAMAGUCHI, 2007).

Anteriormente à implantação dos kits, um membro da equipe de enfermagem, o circulante, era o responsável pela separação de todo material estéril e montagem da sala de cirurgia. Falhas como falta de materiais, constatada durante a cirurgia, obrigavam o circulante a se ausentar da sala operatória repetidas vezes o que diminuía o tempo de assistência deste profissional. De acordo a tabela 5 após a implantação dos kits, o tempo de permanência do circulante aumentou e conseqüentemente o seu tempo de assistência também.

O Tempo de assistência do circulante de sala após a implantação dos kits?

	Frequência	Porcentagem
Aumentou	30	79,0
Inalterou	6	15,8
Diminuiu	2	5,2
Total	38	100,0

A implantação do serviço de fornecimento de materiais estéreis através de kits proporcionou ao integrante da equipe do Centro cirúrgico do Hospital Santa Casa de Montes Claros/ MG satisfação no trabalho, pois a avaliação geral representado na tabela 6 mostra que 38 (100%) dos participantes avaliaram como ótimo e muito bom esse processo de mudança.

Tabela 6 – Qual sua avaliação geral para o serviço de fornecimento de materiais estéreis através de kits?

	Frequência	Porcentagem
Ótimo	16	42,1
Muito Bom	22	57,9
Total	38	100,0

Conclusões:

A implantação do fornecimento de materiais estéril através de kits por procedimento cirúrgico foi positiva. Tanto os cirurgiões quanto a equipe de enfermagem avaliaram o serviço como ótimo e muito bom. Os dados mostraram que a Instituição preocupa-se em inserir e aprimorar novos métodos de trabalho, pois a maioria dos participantes do estudo relatou ter tido o primeiro contato com esta metodologia na Santa Casa de Montes Claros – MG.

O serviço prestado promoveu agilidade, segurança, qualidade e economia de tempo na realização de cirurgias neste Centro Cirúrgico. Nos dias e hoje, é imprescindível realizar uma reflexão permanente dos processos de trabalho para atender aos anseios da Instituição e dos clientes. Prestar uma assistência com eficiência, eficácia, segurança e qualidade para o paciente e com menor custo para a instituição tem sido um dos grandes

desafios para os hospitais, principalmente em unidades como o Centro Cirúrgico, que são críticas no atendimento e têm uma representação significativa no contexto geral das despesas da instituição, em vista de seu consumo elevado de material e de seus altos custos.

Contudo, propõe-se o planejamento para implantação de kits mais completos contendo além de materiais estéreis, materiais descartáveis e medicamentos, visto que outros benefícios poderão advir.

Referências:

- PADILHA, K. G. Ocorrências iatrogênicas em UTI e o enfoque de qualidade. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 2001 setembro-outubro; 9(5):91-6.
- BALSANELLI, A. P.; JERICÓ, M. C. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2005; 18(4):397-402.
- SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas. 4.ed. São Paulo, 2007.p.116-144.
- YAMAGUCHI, R. Y. et al. Reestruturação e preparo dos kits cirúrgicos para implantação de um programa informatizado. *Rev SOBECC*, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 32-38, abr./jun. 2007.
- POLIZER, R.; D'INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 2006 jul/ago; 59(4):548-51.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Rev Assoc. Med Bras*, 2000 jan/mar, 46(1):70-8.
- NETO, A. Q. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. *Rev Administração em Saúde*. v.8, n. 33, Out/Dez, 2006.

T00019 - QUALIDADE DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL DE MONTES CLAROS-MG.

Autor: MIRELA LOPES DE FIGUEIREDO; Co-autores: MARIA D'INNOCENZO; ÁLISON MIRANDA DOURADO; GICELLE DAIANA SANTOS RODRIGUES LOPES

Resumo

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, com o objetivo de identificar as não conformidades nas anotações de enfermagem realizadas pelos profissionais do Centro Cirúrgico de um Hospital de Montes Claros-MG. Foram avaliados 183 prontuários selecionados aleatoriamente nos meses de maio e junho de 2008. Os resultados revelaram 321 não conformidades sendo a ausência de registros ou registros incompletos sobre o exame físico, aspectos do curativo cirúrgico, dados vitais e punção venosa as mais incidentes, 68%. Contudo, os profissionais estão sensibilizados para identificação do executor da atividade visto que entre assinatura e carimbo detectou-se apenas 6 não conformidades.

Descritores: Registros de enfermagem, Qualidade da Assistência, Assistência de enfermagem, Acreditação Hospitalar, controle de qualidade.

Introdução:

O tema qualidade nos serviços de saúde passou a ser tratado, no início do século nos Estados Unidos, pelo Colégio Americano de Cirurgias, que através de padrões mínimos avaliava regularmente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes hospitalizados. Mais tarde a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais assumiu tais responsabilidades e passou a desenvolver novos padrões, análogos aos existentes (FELDMAN, 2005).

O termo acreditação foi definido por SCRIVENS, em 1995, como um sistema de avaliação externa para verificar o cumprimento de um conjunto de padrões. Relaciona-se com a qualidade da assistência prestada, tendo sua origem no princípio de que hospitais devem ser locais seguros para a prática profissional e para o cuidado aos pacientes (SCRIVENS, 1995).

O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar estabelece três níveis de padrões aceitáveis para o processo de Acreditação. A subseção enfermagem está inserida na seção "Serviços Profissionais e Organização da Assistência". Cada subseção é composta por padrões destinados à avaliação da estrutura, processo e resultado em um serviço setor ou unidade. O padrão é constituído por uma definição e uma lista de itens de orientação que auxiliam na identificação do que se busca avaliar e na preparação das Organizações Prestadoras de Saúde para o processo de acreditação (BRASIL, 2001)

No âmbito da enfermagem Florence foi pioneira no processo de avaliação da assistência, através da iniciativa de separar os enfermos por tipo de ferimentos durante a Guerra da Criméia proporcionando a coleta de dados de mortalidade e morbidade hospitalar. Instituiu princípios básicos de saneamento e higiene. Apoiando na observação sistematizada e em registros estatísticos que fazia de suas práticas, registros que serviram de suporte para a ciência da enfermagem (FELDMAN, 2005).

A avaliação da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente constitui uma preocupação constante de enfermeiros, que vem aprimorando métodos para sua mensuração. A análise dos registros nos prontuários dos pacientes possibilita realizar, de forma indireta, a avaliação da adequabilidade, efetividade e eficiência dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem (D'INNOCENZO, 2004).

A informação é um requisito essencial para a prestação da assistência e gestão eficazes na atenção à saúde. O registro clínico no prontuário é o principal veículo de comunicação de informações sobre o paciente entre os membros da equipe multiprofissional de saúde e uma ferramenta importante para avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Para tanto, deve conter as observações sobre a situação do paciente, as intervenções realizadas e os resultados obtidos (LABBADIA, 2004).

A avaliação é a emissão de um juízo de valor, comparando resultados de procedimentos técnicos e/ou administrativos com parâmetros previamente definidos, por quaisquer critérios. Para medir quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade, são necessários indicadores. Eles conferem informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência. São variáveis que descrevem uma realidade, devendo ter características de uma medida válida em termos estatísticos, para fornecerem informações que sirvam na busca da qualidade da assistência da instituição (D'INNOCENZO, 2006).

Justificativa:

A Santa Casa é um hospital centenário, de grande porte, filantrópico, com capacidade de 330 leitos, credenciada para receber os casos de alta complexidade em ortopedia, cardiologia e neurologia que presta assistência à população do Norte de Minas Gerais e do Sul do Estado da Bahia assistindo a uma população que supera um milhão e quinhentos mil habitantes. Hospital que tem como meta obter título de Acreditação Hospitalar até setembro de 2009 e que foi premiado em 4º lugar no Prêmio Célio de Castro, iniciativa do governo de Estado de Minas Gerais que por meio da Secretaria de Estado da Saúde avaliou e classificou as experiências mais bem sucedidas em gestão de hospitais mineiros que compõem a Rede Pro-Hosp, com base em critérios definidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Seu Centro Cirúrgico é constituído por 07 salas de operações e realiza mensalmente 750 cirurgias, pequeno, médio e grande porte, nas diversas especialidades, incluindo transplante renal e cirurgias cardíacas.

O interesse em desenvolver este estudo se deu pelo fato da metodologia proposta assemelhar à metodologia utilizada nas avaliações para acreditação, em que a seleção dos prontuários dos pacientes e das unidades para coleta das evidências objetivas é realizada de forma aleatória pela equipe de avaliadores.

A realização do estudo também foi motivada pelo fato dos pesquisadores estarem inseridos no contexto da instituição, ter facilidade e disponibilidade para realizar coleta de dados, além do forte interesse pelo tema qualidade da assistência de enfermagem. Desta forma, o objetivo deste estudo foi identificar as não conformidades nas anotações de enfermagem realizadas pelos profissionais do Centro Cirúrgico nos prontuários de paciente que se submeteram a cirurgia.

Os dados obtidos nesta pesquisa poderão servir para consulta, para auxiliar no diagnóstico situacional e para nortear a tomada de decisão dos gestores da área e assim, favorecer a aproximação com os itens de conformidade para obtenção do título de acreditação.

Métodos:

Este trabalho é um estudo descritivo de caráter quantitativo e a amostra aleatória abrangeu 183 prontuários de pacientes que se submeteram a algum tipo de procedimento cirúrgico nos meses de maio e junho de 2008 em um Hospital Filantrópico de grande porte localizado na cidade de Montes Claros.

Após aprovação do projeto de pesquisa pela Diretoria do Hospital e respeitando-se as normas éticas para realização de pesquisa de campo que envolve seres humanos, a coleta de dados foi realizada utilizando-se um roteiro elaborado pelos pesquisadores que contemplou critérios para avaliação das não conformidades nas anotações de enfermagem realizadas pela equipe do Centro Cirúrgico no período pré, trans e pós operatório, tendo por base a literatura consultada, a legislação vigente e as normas da instituição pesquisada.

Para efeito de análise, as não conformidades encontradas foram separadas em 03 categorias: aspectos legais, aspectos de checagem e aspectos técnicos. As que compuseram a categoria aspectos legais foram o preenchimento incompleto do cabeçalho, letra ilegível, presença de rasuras, ausência de assinatura e ausência de carimbo e/ou número do registro no COREN. Considerou-se como fazendo parte da categoria aspectos de checagem, o registro dos dados vitais incompletos e/ou ausentes, ausência de registro sobre o aspecto do curativo cirúrgico, ausência de registro da realização de punção venosa e de sua condição/aspecto, registro de exame físico inconsistente e/ou ausente. A categoria aspectos técnicos foi composta por ausência de relatos da presença de exames, ausência de descrição do tipo de anestesia, ausência do nome da cirurgia realizada, ausência de identificação do posicionamento do paciente durante a cirurgia, ausência de monitorização.

Resultados:

Identificou-se 321 não conformidades relacionadas às anotações de enfermagem no centro cirúrgico nos 183 prontuários analisados. Média de 1,75 não conformidades por prontuário. Número considerado razoável tendo em vista que a maioria dos estudos mostrou índices mais altos.

As não conformidades que compõem a categoria aspectos checagem somaram 218 (68%) e são as de maior ocorrência. O registro de exame físico inconsistente e/ou ausente responde pelo maior número de não conformidades, 84. A ausência de registro sobre o aspecto do curativo cirúrgico foram 56, o registro dos dados vitais incompletos e/ou ausentes 49 e ausência de registro da realização de punção venosa e/ou das suas condições 29.

No centro cirúrgico a descrição dos achados do exame físico, dos dados vitais e do aspecto do curativo cirúrgico não está vinculada a necessidade de prescrição médica. Daí comparamos o achado com outros estudos que afirmam que as anotações de enfermagem que exigem observação e detalhamento das ações e que independem da prescrição médica apresentaram maior índice de falhas que as dependentes, demonstrando a valorização, por parte da equipe de enfermagem, das atividades dependentes das prescrições médicas (LABBADIA, 2004). Neste estudo não identificamos nenhuma não conformidade relativa à checagem de prescrição médica.

A realização e registro de exame físico, dos sinais vitais e a descrição do aspecto do curativo cirúrgico são importantes tendo em vista o momento de estresse que o paciente está vivenciando e que a detecção precoce de alterações pode interferir de maneira positiva para evitar riscos durante ou após a realização do procedimento cirúrgico. No presente estudo detectou-se que os profissionais apresentaram alto índice de não conformidades nos registros com relação a estes itens, 133 (42%).

A situação encontrada nos registros é contrária ao princípio do nível 1 da metodologia da Acreditação Hospitalar que se refere à segurança para o cliente nas ações assistências (LABBADIA, 2004). Anotações que demonstram a realização adequada de terapêutica medicamentosa, resultados de intervenções de enfermagem, orientações e cuidados prestados de forma sistematizada e coerente são evidências objetivas da qualidade da assistência que está sendo prestada ao paciente (D'INNOCENZO, 2006).

De acordo com Marcon, 2008 o registro dos procedimentos invasivos é um item importante inclusive para subsidiar o trabalho de diversas áreas, as quais dependem de informações, como é o caso do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares, auditorias, pesquisas. Em auditoria, a ausência do registro pode significar a não realização de um procedimento e isso prejudica financeiramente a instituição que não receberá pelo procedimento realizado.

O mesmo autor afirma que a avaliação e documentação relacionadas ao aspecto do curativo cirúrgico são necessárias para o acompanhamento da evolução e para tomada de decisões de maneira mais adequada para o tratamento e recuperação da área que sofreu agressão.

Os resultados demonstram que a equipe de enfermagem não está valorizando este tipo de registro visto que foram encontradas 56 (17%) não conformidades referentes à ausência de registro sobre o aspecto do curativo cirúrgico.

As não conformidades que compõem a categoria aspectos técnicos respondem pela segunda categoria com maior número de não conformidades, 58 (18%). Ausência de relatos da presença de exames, ausência de identificação do posicionamento do paciente durante a cirurgia, ausência do nome da cirurgia realizada, ausência de descrição do tipo de anestesia, ausência de monitorização apresentaram 21, 16, 11, 7 e 3 não conformidades respectivamente.

Na instituição em estudo foi implantado como norma o registro em prontuário, pela equipe de enfermagem, sobre a presença de exames do risco cirúrgico sob a justificativa do alto índice de desaparecidos de exames no setor o que implicava em custos adicionais para o hospital e imagem negativa da equipe do centro cirúrgico. Contudo, no estudo identificamos membros da equipe não estão cumprindo a norma visto que 21 (7%) das não conformidades detectadas referiam à ausência de descrição da presença de exames complementares. Tal fato gera alguns questionamentos como a educação da equipe foi eficaz? As pessoas estão envolvidas e comprometidas com trabalho?

O paciente submetido a uma cirurgia necessita de posicionamento apropriado para expor adequadamente o local a ser abordado, manter o alinhamento corporal, minimizar a tensão ou a pressão sobre os nervos e músculos, permitir o funcionamento adequado do sistema respiratório e circulatório e proporcionar a estabilidade do corpo (SOBECC, 2007). Descrever o posicionamento que o paciente permaneceu durante a cirurgia é um registro importante a ser realizado pela equipe de enfermagem visto que ela participa ativamente deste cuidado. A dificuldade em descrever o posicionamento poderia advir do não conhecimento sobre os nomes técnicos das posições cirúrgicas. Pensando nisto o enfermeiro desta unidade realizou treinamento sobre o assunto para equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico. Mesmo assim identificamos número considerável da não conformidade ausência de identificação do posicionamento cirúrgico, 16 (5%).

Outro item detectado como não conforme foi ausência de registro do nome da cirurgia nas anotações de enfermagem que deixou de ser realizado 11 vezes (3,45%). Este tipo de anotação é importante porque fornecem dados a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe, garantindo a continuidade das informações e dos cuidados nas 24 horas (CIANCARULLO, 2001).

As anotações sobre o uso de equipamentos também são importantes quando se realiza a auditoria de contas, pois, entende-se que o que não foi devidamente anotado não aconteceu (ITO, 2005). Assim, a instituição deixa de receber pelo que foi usado e não foi registrado. Neste centro cirúrgico a monitorização de todos os pacientes faz parte da rotina, o que não justifica as 07 não conformidades de ausência de registro sobre a monitorização.

A categoria com menor número de não conformidades foi a denominada aspectos legais que apresentou apenas 45 (14%). Neste estudo, detectou-se que os profissionais da equipe de enfermagem estão sensibilizados para a identificação do executor da atividade visto que entre assinaturas e carimbo detectou-se apenas 6 não conformidades nos registros analisados. No que se refere a rasuras foram identificadas somente 2 não conformidades (0,5%). Já em relação à letra legível o número de não conformidade foi maior, 17 (5,5%). A letra é um aspecto importante que confere qualidade às anotações de enfermagem, deve ser legível para que possa ser entendida, além de ser uma obrigação legal.

O preenchimento incompleto do cabeçalho é a não conformidade de maior número, 20 (6%). Todo registro efetuado no prontuário do paciente deve ser escrito com letra adequada, pois sua ilegibilidade poderá conduzir a uma má interpretação e conseqüentemente, poderá comprometer a assistência oportuna e adequada do paciente. Rasuras ou outras alterações nos registros comprometem o valor legal das anotações de enfermagem (OCHOA – VIGO, 2001).

A deliberação do Conselho Regional de Minas Gerais nº 135/00 de 10 de outubro de 2000, estabelece os princípios gerais para a documentação das ações de enfermagem: o registro deve ser claro, objetivo e com precisão de dados; utilização de letra legível e sem rasuras; identificação do autor (nome, número do COREN-MG e carimbo); constar em impresso devidamente identificado com os dados do cliente, com data e hora; conter subsídio que permita a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional; permitir e favorecer a inclusão de elementos administrativos e clínicos para auditoria em enfermagem; fazer parte do prontuário do paciente e servir de fonte de dados para um processo administrativo de caráter legal, de ensino e pesquisa.

Face à crescente ênfase aos direitos do paciente, o profissional de enfermagem deve conhecer suas obrigações e responsabilidades legais para com os mesmos, devendo analisar, especialmente, o conteúdo de suas anotações profissionais, de modo a não ser envolvido em questões judiciais (MARCON, 2008).

Conclusões:

Os resultados obtidos neste estudo revelam um número considerável de não conformidades nas anotações de enfermagem, especialmente quando se considera que o mesmo foi desenvolvido em centro cirúrgico, uma das unidades mais complexas do hospital, que por isso requer uma assistência de qualidade e com menor exposição a riscos. As não conformidades de maior reincidência foram ausência de registros ou registros incompletos sobre o exame físico, aspectos do curativo, dados vitais e punção venosa.

Contudo, os profissionais desta unidade estão sensibilizados para a identificação do executor da atividade tendo em vista o baixo número de não conformidades por ausência de assinatura e/ou carimbo. Este é um fator positivo principalmente para obtenção do título de Acreditação Hospitalar.

Apesar de o Hospital aplicar uma metodologia para organização sistematizada da assistência, o que inclui a sistematização das anotações, não está isento de problemas, como constatamos no estudo. O emprego de treinamentos e da educação permanente em serviço é uma das estratégias que pode contribuir para resolução de problemas identificados resultando em melhoria na qualidade das anotações, assim como nos cuidados prestados.

A educação continuada também deve ser implementada no cotidiano da equipe de enfermagem, como forma de crescimento e aperfeiçoamento, realizado de forma coletiva ou individual, reafirmando ou reformulando valores e práticas, construindo relações de integração de forma criativa e inovadora. Esta proposta sugere possibilidade de intervenção em pequenos grupos de estudo, sem deixar de considerar a heterogeneidade cognitiva dos participantes, suas críticas, sugestões e possibilidades de soluções aos problemas de registros de enfermagem.

Finalmente, é importante ressaltar que a realização de estudos mais detalhados pode ser de grande valia para elucidar o que na realidade ou especificamente, está sendo deixado de anotar ou registrar sobre o cuidado administrado ao paciente.

Referências:

- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enfermagem*. 2005; 18(2): 213-9
- SCRIVENS, E. *Accreditation: protecting the Professional or the consumer?* Buckingham: Open University Press, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. Brasília, DF, 2001. 108p.
- POLIZER, R. D. INNOCENZO, M. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006 jul/ago; 59(4):548-51.
- D. INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P. Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários. *Acta Paul. Enf., São Paulo*, v.17, n. 4, p. 383-91; 2004.
- LABBADIA, L. I.; ADAMI, N. P. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Acta Paul. Enf., São Paulo*, v. 17, n. 1, p. 55-62, 2004.
- D. INNOCENZO, Maria et al. Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari, 2006. 206p.
- MARCON, S. S.; VENTURINI, D. A. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev Bras Enf, Brasília*, 2008 set-out; 61(5): 570-5.
- SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Práticas recomendadas*. 4.ed. São Paulo, 2007, p.116-144.
- CIANCARULLO, T. I. et al. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: ícone, 2001. 303p.
- ITO, E. E. et al. *Manual de anotações de enfermagem*. São Paulo: Atheneu. 2005. 83p.
- OCHOA-VIGO, K. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem embasadas no processo de enfermagem. *Rev Esc. Enfermagem USP* 2001; 35(4): 390-8.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN-MG. Deliberação COREN-MG no 135/2000 – Belo Horizonte 10 de Outubro de 2000. *Dispõe sobre a normatização no Estado de Minas Gerais os princípios gerais pra ações que constituem a Documentação de Enfermagem*.

TOO20 - TREINAMENTO DE INTEGRAÇÃO SOBRE CENTRAL DE EQUIPAMENTOS E EQUIPAMENTOS MÉDICOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Autor: ELLEN MANOELA FRATE ZERBETTO

Palavras-chave: treinamento, central de equipamentos, equipe de enfermagem, equipamentos, rotinas e funcionamento.

Introdução

Os treinamentos são essências para a qualificação dos colaboradores, a fim de entenderem sobre as rotinas e importância de uma unidade, aprender sobre o funcionamento de um equipamento, aprender a utilizar uma ferramenta de qualidade, aprender a manusear um software ou sistema de controle, entre outros diversos treinamentos que possam acrescentar conhecimento ao colaborador.

Os seres humanos estão em treinamento constante, pois o mundo está sempre em transformação, cada vez mais as tecnologias mudam rapidamente, as ferramentas de qualidade se aperfeiçoam, as rotinas se adaptam para um novo sistema de controle e novas idéias surgem a todo o momento, para acompanhar toda essa transformação é necessário que os profissionais acompanhem esse ritmo de mudanças se atualizando e buscando novos conhecimentos.

Justificativa

A quantidade de fabricantes e variedade de modelos do mesmo tipo de equipamento, como exemplo um bisturi eletrônico, que encontramos no mercado é grande e com isso a diversidade de equipamentos nos diversos hospitais também.

Para evitar que os novos colaboradores da enfermagem entrem para hospital sem informações sobre os equipamentos que possuímos e seu funcionamento e sem conhecer as rotinas da engenharia clínica com modelo de central de equipamentos, o que não é comum na maioria dos hospitais, criamos o treinamento de integração.

Outro fator que contribuiu para esse projeto é a quantidade de atendimentos realizados no mês por mau uso do equipamento. Os gastos com esses equipamentos danificados são estrondosos, o que poderia ser revertido em melhorias para paciente é desperdiçado para consertar equipamentos.

Métodos

Os treinamentos são mensais exclusivamente para a equipe de enfermagem, sendo enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem.

A estrutura do treinamento está dividida em duas partes:

A primeira parte do treinamento é ministrada pelo tecnólogo em saúde com a finalidade explicar sobre o funcionamento e rotinas da central de equipamentos, cuidados com os equipamentos para evitar quebras por mau uso e limpeza.

Mostramos os impressos utilizados e a sua aplicabilidade, além de mostrar a importância de cada um tanto para o setor de central de equipamentos quanto para as unidades assistenciais.

Quando conversamos sobre os cuidados com os equipamentos, levamos para equipe de enfermagem casos que ocorreram e os valores que ficaram para consertar esses equipamentos.

Um dos motivos de quebra por mau uso é a queima de equipamentos.

Acompanhamos durante o segundo semestre do ano de 2007 as ordens de serviços abertas pela enfermagem onde a descrição do defeito era "Não liga". Só conseguimos constatar que realmente o equipamento foi queimado por ser ligado em tensão errada, após a avaliação do técnico em eletrônica.

Colocamos os dados, retirados das ordens de serviços após a avaliação do técnico em eletrônica da Central de Equipamentos, em gráfico para analisar qual o setor que apresentava maior índice de erro.

Risco	Quebras	Porcentagem das quebras
Risco IV	31	45,58%
Risco III	22	32,35%
Risco II	12	17,65%
Risco I	3	4,41%

Também classificamos os equipamentos de acordo com o risco.

Verificamos que os equipamentos de risco IV que são os equipamentos críticos, como ventilador pulmonar, monitor

multiparamétrico, incubadoras, etc, possuíam neonatologia, pois foi o setor com maior índice de quebra.

Nesse treinamento de integração aproveitamos para informar aos novos colaboradores sobre a padronização de cores das tomadas, sendo que as brancas são de tensão 110V e as pretas de tensão 220V.

A idéia de informar esses dados é para que tenham a consciência que se um equipamento quebra por mau uso quem sofre a consequência é o paciente, a assistência é prejudicada. A intenção não é punir o colaborador que casou a quebra do equipamento e sim avaliar o motivo que levou a essa quebra, se é falta de treinamento, falta de estrutura para colocação correta do equipamento no leito ou mesmo um descuido, somente apontando as falhas que ocorrerem que poderemos tomar medidas cabíveis para corrigir. Para a notificação desses eventos possuímos o impresso de ocorrência da enfermagem.

Outro ponto que reforçamos é a limpeza dos equipamentos. Cada unidade é responsável pelo equipamento que está locado nela, portanto deve zelar por esse patrimônio e mantê-lo higienizado. Quando esse equipamento não está sendo utilizado na unidade é imprescindível a devolução para a central de equipamentos, óbvio que o equipamento deverá retornar limpo e sem danos, se estiver apresentando algum defeito é necessário encaminhar para a manutenção corretiva e para isso preenche-se uma ordem de serviço.

Uma das rotinas da central de equipamentos é a busca ativa para notificar os eventos sentinela que ocorrem para a comissão de gerenciamento de risco. Se um equipamento sofrer uma pane que cause dano ao paciente ou ao usuário abre-se um evento sentinela e para isso possuímos um formulário, que também serve para outras unidades que desenvolvem o mesmo trabalho, a fim de averiguar o que levou o equipamento a causar a pane. Se foi uma falha de sistema, um defeito na placa, erro de configuração de parâmetros ou erro de operação, para tanto o equipamento precisa ser isolado.

A segunda parte é ministrada pelos auxiliares técnicos de equipamentos médicos, possuem formação da área de enfermagem, e demonstram o funcionamento de cada equipamento.

A demonstração dos equipamentos depende da disponibilidade dos equipamentos no dia, sendo que priorizamos o treinamento dos equipamentos mais utilizados nas unidades assistenciais como, monitores multiparamétricos, monitor cardíaco, oxímetro de pulso, eletrocardiógrafo, bomba de infusão, bomba de seringa, cardioversor, ventilador pulmonar, berço-aquecido, incubadora estacionária, incubadora de transporte, fototerapias e montagem de circuitos ventilatórios.

Ligamos todos os equipamentos, mostramos a maneira correta de operar, os cuidados necessários, os seus acessórios e deixamos que cada novo colaborador da enfermagem opere os equipamentos e tirem suas dúvidas.

A duração do treinamento é de aproximadamente de três a quatro horas.

Resultados

Com os treinamentos verificamos grande interesse da equipe de enfermagem em conhecer mais sobre cada equipamento e se envolver com as rotinas da central de equipamentos, a fim evitar gastos desnecessários com manutenções de equipamentos e substituição de acessórios.

A equipe de enfermagem consegue avaliar o trabalho prestado pela central de equipamentos de forma crítica e enriquecedora, cobrando a realização das inspeções mensais, quando essas por algum motivo estão atrasadas ou solicitar a retirada de equipamentos que não estão em uso.

Em contra partida, a equipe da central de equipamentos está apresentando mais desenvoltura ao falar sobre o assunto que domina para um público, troca de experiência com outros colaboradores fazendo enxergar o lado da enfermagem e quais são as suas dificuldades e conseguir expor quais são as dificuldades encontradas pela central de equipamentos no dia a dia e que a enfermagem poderia ajudar a solucionar.

Conclusões

Setores	Quebras	Porcentagem
Berçário (UTI-neo)	18	26,47%
C. Médica	7	10,29%
C.Cirúrgico	17	25,00%
PA	2	2,94%
UTI adulta	1	1,47%
CO	7	10,29%
Ambulatório	3	4,41%
C.Cirúrgical	1	1,47%
C.Cirúrgicall	3	4,41%
Maternidade	5	7,35%
UTI pediátrica	2	2,94%
GO	2	2,94%
Total:	68	100%

Os treinamentos realizados mensalmente são excelentes para a recepção dos novos colaboradores, com a finalidade de informar sobre as rotinas da unidade e o funcionamento dos equipamentos.

O nosso objetivo principal, redução das manutenções corretivas, ainda não surgiu o efeito esperado, mas apostamos que no ano de 2009 teremos uma redução dos valores gastos com essas manutenções referentes ao ano de 2008, pois a conscientização está sendo contínua e atingindo cada vez mais colaboradores. Também queremos começar um treinamento de reciclagem, ou seja, treinar novamente os colaboradores que já receberam o treinamento de integração ou até mesmo treinar aquele colaborador que foi admitido antes do início desse projeto.

A redução no número de equipamentos queimados foi significativa, tendo índice de redução de 35%. Para essa taxa tivemos a cooperação da equipe de engenharia predial que fez um trabalho de identificação das tomadas, além de continuar com a padronização de cores.

Com relação às rotinas que possuímos a enfermagem está entendendo e se inteirando sobre os impressos utilizados, sobre procedimentos e medidas que adotamos para melhorar cada vez mais o atendimento para as unidades e conseqüentemente uma estadia melhor aos nossos pacientes.

Resumo

O treinamento de integração para equipe de enfermagem foi desenvolvido com a finalidade de interagir as unidades de enfermagem e central de equipamentos, a fim de que o atendimento ao paciente seja mais dinâmico e com qualidade, visando à redução de gastos com manutenções corretivas, através do aprimorando do conhecimento da equipe de enfermagem sobre o funcionamento dos diversos equipamentos existentes no hospital.

T00021 - SUBSTITUIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE ESFIGMOMANÔMETRO COM MERCÚRIO PARA ESFIGMOMANÔMETROS ANERÓIDES

Autor: ELLEN MANOELA FRATE ZERBETTO

Palavras-chave: Mercúrio, Esfigmomanômetros, Substituição, Meio – ambiente, Segurança

Introdução

O mercúrio é uma substância tóxica persistente e bioacumulável, e muitas toneladas são descartadas através dos hospitais e médicos com pouca atenção àquilo que é retornado para excreção. Admitidamente a contribuição do mercúrio oriundo de esfigmomanômetro para poluição ambiental é pequena, mas de qualquer modo o mercúrio deve encontrar um dano maior ao ambiente marinho. E, acumulando-se no solo e em sedimentos, o mercúrio entra na cadeia alimentar. Ao evaporar o mercúrio pode contaminar o ar e a água. Na sua forma metálica, pode se transformar em mercúrio orgânico e contaminar a fauna e a flora. Peixes contaminados com o metal não aparentam doença e podem ser consumidos pelas pessoas, causando lesões graves.

A intoxicação do trabalhador pela exposição ao mercúrio tem recebido atenção cada vez maior nas últimas décadas em função dos danos já comprovados às funções cognitivas, à saúde em geral e ao ambiente do nosso planeta. Utilizado desde a antiguidade de forma indiscriminada, sua utilização tem sido normatizada, especialmente nos países mais ricos que ainda tanto prejudicam a qualidade de vida do trabalhador.

No Brasil não possuímos nenhuma lei que proíba o uso do mercúrio no ambiente hospitalar, atualmente a utilização de mercúrio só é permitida em equipamentos hospitalares e eletrônicos e na produção de cloro em fábricas instaladas até 2000. O uso em medicamentos foi proibido em 2001 e em 2006 o governo proibiu também o uso em produtos cosméticos e de higiene, mas o Ministério do Trabalho juntamente com associações estão trabalhando para conseguir esse objetivo. O que possuímos é uma recomendação do próprio Ministério do Trabalho datada de 26/05/2006 onde preconiza a substituição dos equipamentos contendo mercúrio por outras tecnologias. Atualmente o Ministério do Trabalho lançou um projeto a nível nacional para instituições de saúde para que substituam os equipamentos que utilizam mercúrio por tecnologia livre. Para os hospitais que atingem esse objetivo é enviada uma menção honrosa pelo fato.

De acordo com a resolução-RE nº 16 da ANVISA (DOU 07/07/2004) recomenda-se não usar manômetros de mercúrio com coluna aberta, tipo cachimbo, nos serviços de saúde e em procedimentos hospitalares.

A União Européia é a maior produtora e exportadora de mercúrio, tendo um projeto para que até 2010 o setor industrial substitua o metal nos processos de produção. Já nos equipamentos de medição, a troca deve ser imediata.

Nos Estados Unidos, vinte estados já aderiram à eliminação do mercúrio dos instrumentais.

Justificativa

Devido o mercúrio ser altamente tóxico e tendo a preocupação com a qualidade da assistência aos pacientes, segurança no manuseio dos equipamentos e a preservação do meio ambiente lançamos o objetivo de substituir os equipamentos de esfigmomanômetros que continham mercúrio por equipamentos existentes no mercado que apresentavam o mesmo desempenho mas com uma tecnologia limpa.

Um dos problemas que tínhamos com a utilização dos equipamentos com mercúrio era para se realizar a manutenção e a calibração, pois o contato do profissional de engenharia clínica com o metal é direto, mesmo utilizando os equipamentos de proteção individual adequados.

O vapor que o mercúrio exala é altamente tóxico e constante, além do grande poder de penetração em superfícies porosas.

Outra preocupação é com o descarte incorreto desse metal, se descartado em lixo comum irá para aterros sanitários e contribuirá com a degradação do meio ambiente.

Métodos

As substituições dos equipamentos de esfigmomanômetros iniciaram com a pesquisa de uma tecnologia alternativa no mercado.

Como nossos equipamentos de esfigmomanômetros a maioria continha pedestal para o transporte, teríamos que seguir para o mesmo segmento para que não houvesse tanta diferença na rotina da equipe de enfermagem.

A equipe de engenharia clínica cooperativa é responsável por avaliar e cotar os modelos mais adequados, que possuam a tecnologia de manômetro e pedestal similares aos equipamentos que continham mercúrio.

A solicitação com as especificações técnicas principais, como ser de manômetro e de pedestal, é encaminhada para engenharia cooperativa pela unidade solicitante, central de equipamentos.

O segundo passo é cotar com três empresas diferentes para avaliar o custo-benefício de cada. Nessa etapa é necessária a negociação de valores, prazo de entrega, condições de pagamentos e garantia com cada empresa/fornecedor, a fim de qualificar as empresas de acordo com as propostas. Assim equipe de engenharia clínica irá avaliar as especificações técnicas de cada empresa/fabricante e entrar em contato com outras instituições para obter informações sobre a eficácia dos equipamentos.

Após as análises, decidiremos por aquela empresa que possui o menor preço e a melhor qualidade do produto.

Para essa análise colocam-se em planilha as especificações técnicas dos equipamentos de cada empresa, o custo, a garantia, a condição de pagamento, prazo de entrega e outras especificações específicas das empresas/fornecedores.

Resultados

Conseguimos substituir todos os nossos equipamentos de esfigmomanômetro.

A qualidade na assistência ao paciente melhorou significativamente, pois a quantidade de equipamentos de esfigmomanômetros disponíveis para empréstimo na central de equipamentos aumentou e a enfermagem se adaptou de forma rápida, utilizando o novo equipamento adequadamente.

O usuário está trabalhando com um equipamento tão eficaz e confiável quanto o equipamento de esfigmomanômetro e ainda não correr o risco de aspirar ao vapor desse metal e se intoxicar.

Não há perigo de vazamento de mercúrio nas unidades assistências e se um equipamento é derrubado não corre o risco de quebrar o capilar e ter derramamento do mercúrio, evitando a penetração nas superfícies do chão e o descarte indevido do mesmo.

A manutenção desses equipamentos de esfigmomanômetro ficou mais rápida, o tempo médio de reparo caiu, pois nosso técnico não precisa se paramentar para iniciar o seu trabalho, não tem a manipulação do mercúrio e o cuidado para não derrubar.

Não precisamos ter o mercúrio líquido em estoque em nosso setor, para casos de equipamentos que estejam com o nível de mercúrio abaixo do ideal e por isso descalibrado.

Os equipamentos de esfigmomanômetros com mercúrio foram devolvidos para a Secretaria da Saúde, a fim de evitar o seu descarte indevido.

Conclusões

Com a eliminação dos equipamentos com mercúrio do hospital, conquistamos a menção honrosa que o Ministério do Trabalho presenteia as instituições que conseguem a eliminação total do mercúrio.

O processo para substituir os equipamentos de esfigmomanômetro com mercúrio não foi rápido, levou tempo, pois não poderíamos adquirir qualquer equipamento. Precisávamos conhecer e saber de outras instituições a eficácia dos equipamentos selecionados.

Para devolver os equipamentos de esfigmomanômetro com mercúrio para a Secretária da Saúde foi preciso enviar primeiramente um documento informando o número de patrimônio de cada equipamento e aguardar a autorização para encaminhar os equipamentos.

A grande lição na substituição dos equipamentos de esfigmomanômetros com mercúrio para esfigmomanômetros com manômetro é a conscientização ambiental dos nossos colaboradores. Pudemos demonstrar um pouco do que podemos fazer para ajudar na preservação do meio ambiente.

Resumo

O mercúrio é um metal tóxico, bioacumulável e que prejudica a saúde dos seres humanos, por isso a necessidade de eliminar esse metal do nosso ambiente de trabalho e proporcionar aos pacientes um local de recuperação mais seguro.

Para conseguir esse objetivo, a pesquisa de novas tecnologias no mercado que não possuíssem mercúrio e que atendessem as nossas necessidades sem interferir na rotina da equipe de enfermagem, foi extremamente importante na conclusão desse processo, pois os novos equipamentos teriam que ser tão confiável quanto os equipamentos atuais.

Conseguimos encontrar o equipamento que procurávamos a um preço acessível para que fosse possível a substituição de todos os equipamentos de esfigmomanômetros existentes no hospital e devolve-los à Secretária da Saúde para descartar de forma correta, a fim de não prejudicar nosso meio-ambiente.

TO0028 - PRODUTIVIDADE SETORIAL EM HOSPITAIS DE ENSINO

Autor: OLÍMPIO J NOGUEIRA V BITTAR; Co-autores: ADRIANA MAGALHAES; THIAGO MARTINI DA COSTA; LEANDRO ZAVITOSKI

Resumo: O quociente entre o número de unidades produzidas por funcionários de diferentes setores possibilita identificar deficiências em termos de produtividade dessa mão de obra, bem como suas causas, provendo informações para a administração e permitindo melhorar o uso dos recursos. O Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino(SAHE) implantado na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2005, para o monitoramento destes hospitais, sob gestão estadual, deu início à busca de parâmetros técnicos e administrativos, permitindo a medição da produtividade por subáreas. A disseminação de avaliações deste tipo facilitará a incorporação de novos parâmetros assistenciais e administrativos.

Palavras-chave: produtividade, avaliação de recursos humanos em saúde.

Introdução

Drucker (1) assinala que, dos critérios de medida de produtividade, o mais útil é o quociente entre o número de unidades produzidas por funcionários de diferentes setores. Esse quociente possibilita identificar deficiência em termos de produtividade dessa mão de obra, bem como suas causas. Tal critério indica quanto de melhoria se pode almejar com certa possibilidade de êxito. Não fornece uma cifra absoluta ideal, mas compara uma organização com uma concorrente.

De acordo com Bittar(2) a análise da produtividade provê informações para a administração, permitindo melhorar o uso dos recursos no futuro. Schramm e Bray(3) salientam que as informações sobre produtividade permitem melhorar a utilização, no presente, de recursos como mão de obra, material, capital e energia.

O governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Gestão utiliza para contratação de serviços de terceiros o Cadastro de Serviços Terceirizados, onde alguns indicadores de produtividade são a base para a realização destes contratos (4).

Embora o assunto não seja novo, o que pode ser constatado pelas referências bibliográficas, pouco se tem discutido do mesmo, o que torna a administração hospitalar no país motivo de preocupação quanto aos seus resultados e desperdícios.

Justificativa

O Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE)(5), instrumento implantado na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 2005, para o monitoramento destes hospitais,

sob gestão estadual, deu início à busca de parâmetros técnicos e administrativos, permitindo a medição da produtividade por subáreas.

Métodos

Os dados e informações são coletados por meio de planilhas mensais e anual, possibilitando conhecimento da estrutura e resultados.

Do conjunto de 17 planilhas de preenchimento anual, do ano de 2007, selecionou-se a de número 8, referente ao índice de produção/funcionário do setor (produtividade setorial) (5)

Estes 27 hospitais são gerais e especializados (cardiologia, oncologia, moléstias infecciosas e reabilitação), prestando assistência nos níveis secundário e terciário.

Computou-se toda a produção de cada setor, independentemente da complexidade. A medição da produtividade do setor de administração de pessoal foi calculada no número de funcionários do hospital pelo número de funcionários exclusivos do setor administração de pessoal.

Quanto aos recursos humanos de cada setor, incluíram-se na somatória os profissionais técnicos e administrativos, próprios ou terceiros, àqueles com cargos de chefia e supervisão e excluíram-se os profissionais médicos e odontólogos, dadas as características específicas de trabalho, carga horária, entre outras variáveis destes últimos.

Excluiu-se do estudo os serviços que são prestados externamente ao hospital, ou melhor dizendo, cujos funcionários estão alocados fora da unidade, exemplos, a nutrição e dietética e a lavanderia.

Estudou-se a amplitude de variação, média, mediana e moda da produtividade encontrada, constante da tabela 1.

Resultados

Um dos primeiros estudos sobre produtividade pode ser observado no estudo da American Hospital Association(6) no qual a média de metros quadrados limpos por funcionários da limpeza era de 324 m². Bittar(2) em 1994 encontra um valor médio igual a 327 m² em oito hospitais no município de São Paulo. Neste estudo, a amplitude de variação foi de 111 m² a 642 m², com média de 352 m², mediana de 336 m² e moda de 400 m².

A subárea de infraestrutura é certamente a de mais fácil quantificação visto que seus produtos são mais facilmente mensuráveis do ponto de vista quantitativo e qualitativo (1).

Procurou-se estender esta medição para outros setores do hospital pertencentes às áreas de ambulatório/emergência, complementar de diagnóstico e terapêutica e internação clínico - cirúrgica, verificando-se comportamentos específicos de cada uma delas.

Para comparação, no estudo de Bittar(2), os valores médios da produção por funcionário em algumas destas subáreas encontrados foram: 1791,4 quilos de roupa na lavanderia, 653 refeições na nutrição, 342,2 consultas no ambulatório, 126 atendimentos na urgência/emergência, 688,1 exames na patologia clínica, 10,4 cirurgias no centro cirúrgico, 5,6 partos no centro obstétrico, 19,5 pacientes-dia na internação e 4,5 pacientes-dia na UTI adulto. Os estudos foram realizados em épocas diferentes, com grupos de hospitais também diferentes, mas guardam certa relação que merece um estudo mais aprofundado.

Alguns cuidados devem ser tomados, principalmente em setores onde a informatização e a automação são bastante desenvolvidas, variando de hospital para hospital, o que pode levar a falsos resultados positivos ou negativos, em relação à produtividade.

A demanda também é uma variável cuja análise deve ser levada em consideração visto que a produção está formalmente ligada a ela e a mesma encontra-se dependente de variáveis como situação geográfica do hospital, demografia e condições epidemiológicas, especialidades médicas, entre outras.

É interessante identificar duas modas em alguns setores, pois além de acentuadas podem evidenciar características que a média e mediana não podem descrever.

Apesar da amostra pequena e intencional a continuidade do estudo com estes hospitais levará ao conhecimento de parâmetros e informações de relevo para correções nas diretrizes estabelecidas por estas unidades.

Tabela 1. Produtividade das diversas subáreas dos Hospitais de Ensino segundo valores mensais: amplitude de variação, media, mediana e moda, Estado de São Paulo, 2007.

	menor	maior	média	mediana	moda
Limpeza (m ²)	111	642	352	336	400
Lavanderia (kg roupa)	560	5.737	2.062	1.667	...
Nutrição/Dietética (refeições)	323	1.642	804	737	...
Administração de Pessoal (funcionários)	34	255	119	117	48 e 110
Faturamento (SIA/AIH)	531	7.589	2.784	1.826	...
Ambulatório (consultas)	62	1.226	311	270	...

Urgência/Emergência (atendimentos)	22	393	110	67	26 e 67
Exames de Patologia Clínica (exames)	465	4.061	1.297	1.075	...
Centro Cirúrgico (operações)	3	35	11	11	10 e 11
Centro obstétrico (partos)	3	14	7	6	4 e 6
Internação (paciente-dia)	15	44	25	23	26
UTI Adulto (paciente-dia)	2	15	8	8	5

Fonte: SAHE 2007

A necessidade de cruzar com outros dados e informações existentes nas planilhas anuais e mensais, bem como as do Sistema SUS (autorização de internação hospitalar e informações ambulatoriais) é de importância para o estabelecimento dos parâmetros, bem como para validar o indicador. No ano de 2009 serão agregados outros setores de relevância, como por exemplo os ligados ao diagnóstico por imagem.

Os melhores argumentos estão baseados em fatos reais, e nada melhor que números para evidenciar qualidade e quantidade de um produto.

Conclusões

Qualidade, baixo custo e alta produtividade são resultados esperados de programas e serviços de saúde, o que somente é obtido com diretrizes bem definidas, implicando no alcance de metas e estabelecimento de medidas, acompanhadas com regularidade e com o dinamismo que a administração hospitalar e em sistemas de saúde requer. Metas de produtividade devem ser estabelecidas em hospitais acompanhadas das de qualidade e de custos.

A maneira correta ou melhor de cálculo da produtividade da mão-de-obra certamente é levando-se em consideração a carga horária realmente trabalhada, porém nem sempre os hospitais têm este registro à mão com facilidade e agilidade, o que não invalida estudos como estes se utilizando do número de funcionários.

Avaliações como estas são imprescindíveis para se conhecer a efetividade e a eficácia de setores dentro das áreas e, logo, otimizar a utilização dos recursos humanos (próprios e terceiros), materiais, financeiros, informação e utilidade pública, dos hospitais. Estudos estão

sendo preparados no ano de 2009 para diferenciação dos hospitais gerais daqueles especializados, sendo estes últimos separados em oncologia e cardiologia.

A disseminação de avaliações deste tipo certamente facilitará a incorporação de novos parâmetros assistenciais e administrativos, bem como a uma facilitação no cálculo de pessoal para o desenvolvimento de atividades.

Referências Bibliográficas

1. Drucker, P.F. Mensuração da produtividade de trabalhadores de colarinho branco. In As fronteiras da Administração: Onde as decisões do amanhã estão sendo determinadas hoje. São Paulo, Pioneira, 1989.
2. Bittar, O.J.N.V., Hospital: qualidade & produtividade. São Paulo. Sarvier Editora de Livros Médicos, v. 1., 137 p., 1997.
3. Schramm Jr., W.R. & Bray, J Utilization analysis facilitates cost control in nuclear medicine. Hospitals, pp 64-5, April, 16, 1981.
4. Secretaria de Gestão Pública, Governo do Estado de São Paulo, Cadastro de Serviços Terceirizados, vol. 17, fevereiro 2008, in: www.cadterc.sp.gov.br, acesso em 9 de fevereiro de 2009.
5. Bittar O.J.N.V., Magalhães A. (eds.) Hospitais de ensino no Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Assessoria de Hospitais de Ensino, 2007.
6. American Hospital Association, Hospital Engineering Handbook, 1974.

T00036 - PROPOSTA DE PADRONIZAÇÃO E RACIONALIZAÇÃO DO USO DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR EM HOSPITAL PÚBLICO

Autor: MARCELLA ABUNAHMAN FREITAS; Co-autor: LEONARDO JUSTIN CARAP

Palavras-chave: Padronização, Racionalização, Kits de Materiais, Otimização, PCP, Eficiência, Custos, Qualidade

Introdução

A máxima "quem não mede não administra" já está consagrada e vale para todas as Organizações. Nessa linha, medir a produção, o consumo de insumos e os custos decorrentes apresenta-se como uma importante ferramenta gerencial para o controle e avaliação dos seus recursos, permitindo análise e tomada de decisão.

No caso do setor público hospitalar, alguns motivos especiais são responsáveis pela elevação dos seus custos, como a inadequada política de desenvolvimento do Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), o que torna o país dependente de importações, além da mudança do perfil de morbi-mortalidade brasileira para doenças que exigem tecnologia mais complexa e transforma o paciente em um eterno dependente dos serviços de saúde e, conseqüentemente, desta tecnologia mais cara. Por fim, existe o fascínio gerado pela tecnologia como se a mecanização intensiva da saúde garantisse, por si só, a melhoria do ato médico; o déficit do financiamento do setor (com administradores realizando a desafiadora e injusta "gestão da escassez") e, por fim, a baixa profissionalização de gestores hospitalares, o que leva à tomada de decisões errôneas, gerando ineficiências e custos em vidas.

Dessa forma, observa-se que no setor saúde há uma elevada demanda que aumenta os custos, fazendo com que a sua gestão através de modelos de Planejamento e Controle da Produção (PCP) sejam vitais para os hospitais públicos.

Importante, também, é manter claro e vivo que a redução pura e simples dos custos, sem os devidos cuidados com a qualidade dos serviços prestados, pode levar ao fracasso total da Organização e prejuízo a todos: Governo, Prestadores e Pacientes.

Assim, gerências começam a apontar como necessidade da Administração Hospitalar uma correta Gestão de Materiais com foco no PCP, uma vez que os insumos representam uma parcela significativa dos custos em uma Organização e são vitais para uma assistência de qualidade, necessitando de controle permanente. Segundo a ANAHP (2004), materiais médico-hospitalares ocupam o segundo lugar no consumo operacional,

contribuindo com aproximadamente 29% das despesas. Portanto, trata-se de uma parcela considerável de recursos que não podem ser negligenciados e a sua gestão deve estar entre as habilidades e competências do administrador hospitalar.

Justificativa

O PCP de procedimentos médicos, especialmente os cirúrgicos, já está consagrado na elaboração de kits de insumos que são capazes de gerar a racionalização, otimizando a produção, e de garantir a qualidade na assistência através da padronização dos materiais médico-hospitalares. Assim, há duas ferramentas importantes que podem ser utilizadas para a confecção dos kits de insumos médico-cirúrgicos. A primeira demanda profissionais experientes e conhecedores de suas áreas de atuação para a correta e detalhada descrição da produção. A segunda relaciona-se com a necessidade de registros fidedignos dos procedimentos realizados para sua correta análise.

A confecção de kits de materiais não somente aumenta a eficiência da Instituição por meio do controle dos processos produtivos, como também garante a qualidade nos serviços prestados visto que, cumpridas suas diretrizes, entrega o insumo desejado ao cliente interno certo, na qualidade e quantidade solicitadas, no momento correto, atendendo às necessidades específicas dos clientes internos e garantindo, especialmente, a segurança do paciente. Realizando este papel, garante-se, então, uma gestão com credibilidade para a sua Clientela, Fornecedores, Concorrência e Órgãos Competentes gerando, por fim, Valor para Sociedade.

Metodologia

Foi feito o levantamento quantitativo de todos os tipos de procedimentos realizados na especialidade de Cirurgia Geral em um Hospital Público Cirúrgico, do período de 10/07/2007 a 10/01/2008, através da coleta dos dados contidos em livro do Centro Cirúrgico onde são registrados todos os procedimentos realizados da respectiva especialidade.

A partir deste levantamento, estes procedimentos foram padronizados pelos chefes de equipe da Cirurgia Geral.

Em seguida, foi utilizado o Princípio de Pareto para identificação dos tipos de procedimentos responsáveis pelo maior índice de cirurgias (80%) realizadas na especialidade em pesquisa. Construiu-se uma planilha de ocorrências e percentuais de ocorrências, assim como de frequências e percentagens acumuladas.

Posteriormente, cada procedimento padronizado foi reescrito em uma planilha e decomposta em subitens de consumo, com as devidas unidades de medidas, a quantidade necessária de cada material por procedimento, o custo unitário por insumo relatado, o valor total de cada insumo utilizado em um único procedimento, o custo total do procedimento, o custo mensal do mesmo e sua produção média mensal. Utilizou-se a produção média mensal de cada procedimento para minimizar erros e desvios decorrentes de sazonalidade e outros fatores desviantes possíveis.

Médicos residentes e chefes de equipe da área de Cirurgia Geral da Unidade foram solicitados a informar sobre os insumos “padrão-ouro do Hospital” utilizados nos procedimentos, as unidades de medidas e quantidade deles por cirurgia.

Para o viés de memória não ser um complicador, pois muitos poderiam não recordar da quantidade exata dos materiais descartáveis necessários e, inclusive, dos próprios insumos usados, decidiu-se que as planilhas passariam por um processo de validação pelos entrevistados, a fim de que obtivéssemos uma eficiente padronização dos insumos.

O almojarifado, em posse das planilhas, deverá fornecer o valor unitário dos insumos de maneira que se calcule, para cada cirurgia, o valor total de cada insumo utilizado em um procedimento, o custo total e o custo mensal do mesmo. O levantamento da produção média mensal de cada procedimento e a identificação do real custo das cirurgias deverão gerar informação fidedigna aos responsáveis pela gestão do estoque.

Resultados

Contabilizou-se 126 tipos diferentes de procedimentos, totalizando 718 Cirurgias Gerais no período entre 10/07/2007 e 10/01/2008.

Analisando o quadro abaixo, constata-se que aproximadamente 80% do movimento da Cirurgia Geral no Hospital corresponde a 21 tipos de procedimentos, no período entre julho de 2007 a janeiro de 2008. Ver Quadro I:

Quadro I: Planilha da Cirurgia Geral, segundo Princípio de Pareto - Hospital Público Cirúrgico- jul/07 - jan/08.

TIPO DE PROCEDIMENTO: CIRURGIA GERAL 10/07/2007 – 10/01/2008	QTD.	QTD.	%	
	OCORRÊN CIA	ACUMULA DA	%	ACUMULA DA
1-Colecistectomia por videolaparoscopia sem colangiografia	135	135	18.8	18.8
2-Hernioplastia inguinal unilateral	114	249	15.8	34.6
3-Colecistectomia convencional sem colangiografia	55	304	7.66	42.26
4-Punção venosa profunda	41	345	5.71	47.97
5-Exereses de lipoma	32	377	4.45	52.42
6-Apendicectomia	29	406	4.03	56.45
7-Hernioplastia umbilical	28	434	3.89	60.34
8-Hernioplastia incisional	25	459	3.48	63.82
9-Tireoidectomia subtotal	19	478	2.64	66.46
10-Colecistectomia convencional com colangiografia	16	494	2.22	68.68
11-Hemicolecistomia direita ou esquerda (anastomose primária-manual)	11	505	1.53	70.21
12-Colecistectomia com colangiografia e papilotomia transduodenal	11	516	1.53	71.74
13-Hernioplastia epigástrica	10	526	1.39	73.13
14-Exérese de cisto sebáceo	10	536	1.39	74.52
15-Colecistectomia por videolaparoscopia com colangiografia	10	546	1.39	75.91
16-Fechamento de parede	7	553	0.97	76.88

17-Hernioplastia umbilical e inguinal unilateral	7	560	0.97	77.85
18-Hernioplastia umbilical e incisional	6	566	0.83	78.68
19-Dissecção venosa	6	572	0.83	79.51
20-Debridamento cirúrgico	5	577	0.69	80.2
21-Revisão de colostomia	5	582	0.69	80.89
22-Outros procedimentos	136	718	18.94	100
Total	718	-	100	-

Foram propostos 21 kits de insumos médico-cirúrgicos customizados por procedimento, ao levar em conta os insumos disponíveis e quantidade despendida no Hospital. Ver Planilha I e II:

Planilha I: Exemplo de Kit de insumos médico-cirúrgicos customizado por procedimento da Cirurgia Geral, com base nas escolhas de acordo com o Princípio de Pareto.

PROCEDIMENTO	PROD. MÉDIA MENSAL	INSUMOS / UNIDADE DE MEDIDA	QUANT. POR PROC.	S UNIT. INS.	S TOTAL/P ROC.	
Colectistectomia por videolaparoscopia sem colangiografia	135,6 (22,5)	Escova de degemação / unidade	5			
		Luva estéril / par	4			
		Lâmina de bisturi número 15 / unidade	1			
		Gaze / pacote	3			
		Clipes / unidade	12			
		Fio de Vicryl número 1-0 / envelope	2			
		Fio de Nylon número 4-0 / envelope	3			
		Fio de Vicryl número 3-0 / envelope	1			
		Seringa 20 ml / unidade	1			
		Agulha 25mm x 0,7mm (22G) / unidade	1			
		Agulha 1,20 x 40 (18G) / unidade	1			
		Xvlocama 5 ml / ampola	2			
		Microprore estéril / pacote	1			
		S TOTAL PROC.				
		S TOTAL MÊS				

Houve alguns elementos que identificamos como “dificultadores” para obtenção dos kits de insumos médico-cirúrgicos customizados por produto:

O Centro Cirúrgico não é informatizado e os dados das cirurgias estão contidos em um único livro, chamado de “livro preto”. Após a análise do “banco de dados” do Centro Cirúrgico, foi necessário recorrer a inúmeros prontuários para colher informações mais fidedignas pois, muitas vezes, o profissional responsável pelo relato no “livro preto” do tipo de procedimento realizado fazia-o de modo incompleto, ilegível ou somente relatava o diagnóstico do paciente.

Planilha II: Exemplo de Kit de insumos médico-cirúrgicos customizado por procedimento da Cirurgia Geral, com base nas escolhas de acordo com o Princípio de Pareto.

PROCEDIMENTO	PROD. MÉDIA MENSAL	INSUMOS / UNIDADE DE MEDIDA	QUANT. POR PROC.	S UNIT. INS.	S TOTAL/P ROC.	
Hernioplastia inguinal unilateral	19	Escova de degemação / unidade	5			
		Luva estéril / par	4			
		Fio de algodão número 2-0 (Sutupack) / envelope	1			
		Lâmina de bisturi número 23 / unidade	1			
		Dreno de Penrose número 0 / unidade	1			
		Tela Marlex / cm	10x10			
		Fio Prolene número 2-0 / envelope	1			
		Fio Prolene número 3-0 / envelope	2			
		Fio Vicryl número 3-0 / envelope	2			
		Fio Nylon número 4-0 / envelope	2			
		Gaze / pacote	4			
		Microprore estéril / pacote	1			
		S TOTAL PROC.				
		S TOTAL MÊS				

Grande parte dos prontuários analisados apresentavam-se incompletos, ilegíveis e com os procedimentos não padronizados.

Dificuldade de acesso a residentes e médicos, profissionais-chave para identificação dos insumos utilizados em cada procedimento e as devidas quantificações, por conta da baixa pactuação da gestão com o nível operacional.

Conclusão

Mesmo com papel de destaque nas organizações, por representar o segundo item de importância em despesas, é amplamente conhecida a dificuldade por que passa uma parcela expressiva dos hospitais públicos brasileiros no que se refere à gestão dos seus materiais e da sua produção, sendo inúmeras as barreiras a transpor no sentido de mudança como as percebidas no Hospital alvo desta pesquisa:

Os três dificultadores acima citados foram de encontro à formulação dos kits de insumos, dificultando o trabalho voltado para uma nova perspectiva de assistência, perspectiva essa garantidora de qualidade e eficiência, binômio indissociável, segundo Avendis Donabedian, para o aumento do Nível do Serviço em uma Instituição.

Há necessidade de modificação na cultura da informação, de modo que os registros sejam tratados como base para um processo seguro de tomada de decisões. A busca da informatização dos processos em geral e, neste caso em particular, das informações concernentes aos procedimentos

cirúrgicos, seria de forte ajuda, uma vez que a existência de um “livro preto” no Centro Cirúrgico do Hospital aponta para a reduzida importância dada pelas gerências e pelos profissionais de produção no que toca à política de informação da Unidade.

Em relação aos prontuários, a informatização dos mesmos, embora não seja condição sine qua non para a existência de qualidade na consolidação de dados, é uma ferramenta importante para o resguardo do paciente, a segurança das informações e análise das mesmas. Mesmo sem o Prontuário Eletrónico, é de fundamental importância que a Comissão de Revisão de Prontuários seja atuante e sensibilize os profissionais de saúde sobre a importância da informação para a segurança de todos: Pacientes, Profissionais, Unidade e Sociedade como um todo.

Reputamos, por fim e talvez como elemento mais importante, a dificuldade de acesso aos médicos para a construção do projeto como uma consequência “palpável” da baixa pactuação entre a direção da Unidade, suas gerências e os profissionais de produção. Há uma segunda linha de autoridade no Hospital, já descrita por Minzberg, que é liderada por profissionais da assistência e que detém suficiente autonomia para decidir, sem o consentimento do gestor, os rumos da Organização. Percebemos a falta de um espaço de interlocução com esses profissionais, sem o que as mudanças necessárias dificilmente ocorrerão com prejuízo para todas as formas de melhoria no modelo de produção e otimização na utilização de recursos.

Resumo

Introdução: Administrar efetivamente Organizações hospitalares recomenda adotar mecanismos de Planejamento e Controle da Produção (PCP). A correta Gestão de Materiais nestas Organizações impõe-se porque estes representam parcela significativa dos seus custos. Justificativa: Kits médico-cirúrgicos garantem eficiência e qualidade. Metodologia: Levantamento da produção de Cirurgia Geral em Hospital Público, padronização de procedimentos, identificação dos responsáveis por 80% das cirurgias e construção de planilhas de produção validadas por especialistas. Resultados: Kits customizados por procedimento. Conclusão: Existe uma perspectiva de qualidade e eficiência na produção cirúrgica que demanda modificação da cultura da produção, informação e comunicação, dificultadores da adoção dos kits.

TOO037 - AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS LABORATÓRIOS NA PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO.

Autor: SÔNIA MARIA MIRANDA PEREIRA; Co-autores: DANIELA ETLINGER; JOSÉ ANTONIO MARQUES; CELSO DI LORETO

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é uma das mais frequentes causas de óbito na população feminina da América Latina, onde as taxas de incidência em diversas cidades estão entre as mais altas do mundo, sendo um problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, pois apresenta altas taxas de prevalência e mortalidade^{1,2}.

O câncer cervical é o segundo câncer mais frequente e tem elevada incidência mundial com cerca de 510.000 novos casos e 280.000 mortes/ano. Cerca de 80% dos casos ocorre em países em desenvolvimento da América do Sul, África e Ásia. A taxa de incidência em países desenvolvidos é em torno de 10/100.000, e nos países em desenvolvimento ultrapassa a 40/100.000 chegando a 100/100.000 em países mais pobres. No Brasil, segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), as taxas brutas de mortalidade estimadas por 100.000 foram de 3,44 em 1979, 4,59 em 2000, 4,58 em 2003, 4,81 em 2005, mostrando que não houve modificação significativa deste quadro^{3,4}.

Em 2008, no Brasil, são esperados 18.680 novos casos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 19/100.000 mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de colo uterino é o mais incidente na região Norte (22/100.000). Na região Sul (24/100.000), Centro-Oeste (19/100.000) e Nordeste (18/100.000) é o segundo mais frequente e no Sudeste (18/100.000) ocupa a terceira posição³. Dentre todos os tipos de câncer, é o que apresenta um dos maiores potenciais de cura, chegando a cerca de 100%⁵. O exame citopatológico cervical (Papanicolaou) tem importante papel na detecção das lesões precursoras do câncer do colo do útero, por ser simples, barato, seguro e aceitável, é o método utilizado em programas de rastreamento do câncer do colo do útero^{6,7,8}.

Com o objetivo de reduzir a mortalidade por este tipo de câncer, o Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, em parceria com a Secretaria de Saúde, desenvolveu o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, direcionando o rastreamento do câncer do colo do útero para as mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, disponibilizando o exame de Papanicolaou, oferecendo tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras em 100% dos casos e monitorando a qualidade do atendimento à mulher⁹. No entanto, diversos estudos têm demonstrado que o exame de Papanicolaou apresenta resultados falso-negativos que variam de 2% a 62% e as principais causas de erros estão relacionadas a erros de coleta, escrutínio e de interpretação dos diagnósticos¹⁰. Estudos demonstram que a sensibilidade do exame citopatológico cervical pode variar de 41% a 87%, e especificidade de 66% a 100%^{11,12,13,14}.

Para melhorar a qualidade do exame citopatológico é necessário implementar medidas, tais como: programas de controle de qualidade interno e externo da qualidade na rotina dos laboratórios, com objetivo de melhorar o desempenho do exame em detectar anormalidades escamosas e glandulares e, conseqüentemente, reduzir as taxas de resultados falso-negativos^{15,16}.

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza que todos os laboratórios que realizam os exames citopatológicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) devem submeter-se ao sistema de Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ)⁵. No Estado de São Paulo, o MEQ foi implantado a partir das recomendações do INCA, com intuito de oferecer aos laboratórios avaliação de desempenho dos diagnósticos citológicos de colo uterino e fornecer fomentos para educação continuada aos profissionais envolvidos. A Resolução SS-116 de 27/07/2000 instituiu a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP) e o Instituto Adolfo Lutz de São Paulo (IAL-SP), como responsáveis pelo MEQ no Estado de São Paulo¹⁷.

OBJETIVO

Avaliar o desempenho dos laboratórios participantes do Monitoramento Externo de Qualidade (MEQ) no período de 2007-2008, identificando as discordâncias dos diagnósticos citopatológicos cervicais entre os laboratórios de origem (LO) e o laboratório revisor (LR). Avaliar a frequência de casos falso-positivos e falso-negativos. O presente estudo também propõe comparar os resultados de períodos anteriores com os atuais do MEQ (2000-2004).

MATERIAL E MÉTODOS

No período de 2007 e 2008, 115 laboratórios do Estado de São Paulo submeteram as lâminas para releitura no MEQ. As amostras cérvico-vaginais foram colhidas pelo método convencional e coradas pelo método de Papanicolaou, escrutinadas nos LO e revisadas no laboratório de Citologia Oncótica do IAL-SP. Foram selecionados através do Sistema de Informação Laboratorial do Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino – SISCOLO – Qualidade, o mínimo de 10% do total de exames realizados no mês de maior demanda dos laboratórios, sendo selecionados todos os casos:

- positivos (LSIL - lesão intra-epitelial de baixo grau, HSIL - lesão intra-epitelial de alto grau, HSIL não podendo excluir micro-invasão, CA - carcinoma epidermóide invasor e ADENO - adenocarcinoma);
- atípicas (ASC-US - células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, ASC-H - células escamosas atípicas de significado indeterminado não se pode afastar lesão de alto grau, AGC-US - células glandulares atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, AGC-H - células escamosas atípicas de significado indeterminado não se pode afastar lesão de alto grau, AOC-US - células de origem indefinida atípicas de significado indeterminado possivelmente não-neoplásicas, e AOC-H - células de origem indefinida atípicas de significado indeterminado não se pode afastar lesão de alto grau);
- insatisfatórios, e
- mínimo 5% dos exames com diagnósticos negativos selecionados aleatoriamente¹⁸.

O IAL-SP realizou a fase pré analítica e analítica dos exames citopatológicos. Na fase pré analítica foram avaliados procedimentos técnicos, qualidade da conexão do esfregaço, fixação, coloração, montagem e contaminação das amostras. A fase analítica foi realizada por dois revisores com experiência mínima de 20 anos e o diagnóstico final foi firmado por consenso. Os diagnósticos de revisão representam os diagnósticos finais emitidos pelo LR e os diagnósticos de origem são aqueles emitidos pelos LO, participantes do MEQ.

As discordâncias diagnósticas obtidas pelo MEQ foram avaliadas caso a caso, notificadas por meio de relatório e com captura de imagens das células representativas, gravadas em CD-Rom. Os resultados dos exames discordantes foram encaminhados aos LO que poderão recorrer da opinião do LR, caso discorde da alteração diagnóstica. Quando há concordância o LO re-emite o laudo de revisão para as Unidades de Saúde que localizam as mulheres para o tratamento adequado baseado no laudo atual de revisão.

Utilizou-se a Nomenclatura Brasileira¹⁹ implantada em 2005 pelo Ministério da Saúde e sua similaridade com o Sistema Bethesda – 2001 facilitou a equiparação dos resultados nacionais com aqueles encontrados em publicações científicas internacionais.

Foi realizada análise comparativa dos resultados encontrados no MEQ, de 2000 a 2004, com base nos estudo de Pereira e colaboradores²⁰.

Tabela 1. Distribuição dos diagnósticos citopatológicos emitidos pelo LO e LR, no período de 2007 e 2008.

Art. \ Atual	Insatisfatório		Negativo		Atípicas-US*		Atípicas-H**		LSIL		HSIL***		Lesões invasivas****		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Insatisfatório	2280	8,65	69	0,26	7	0,03	2	0,01	2	0,01	-	-	-	-	2360	8,95
Negativo	950	7,55	15481	58,70	341	2,71	34	0,27	76	0,60	18	0,14	1	0,01	16901	64,09
Atípicas-US*	93	0,35	275	1,04	2724	10,33	68	0,26	82	0,31	9	0,03	-	-	3251	12,33
Atípicas-H**	20	0,08	13	0,05	111	0,42	398	1,51	14	0,05	25	0,09	2	0,01	583	2,21
LSIL	20	0,08	31	0,12	165	0,63	22	0,08	2164	8,21	31	0,12	-	-	2433	9,23
HSIL***	3	0,01	3	0,01	8	0,03	26	0,10	19	0,07	513	1,95	10	0,04	582	2,21
Lesões invasivas****	3	0,01	15	0,06	73	0,28	12	0,05	38	0,14	32	0,12	89	0,34	262	0,99
TOTAL	3369	16,72	15887	60,24	3429	14,42	562	2,27	2395	9,40	628	2,46	102	0,39	26372	100
Concordante	2280	67,68	15481	97,44	2724	79,44	398	70,82	2164	90,35	513	81,69	89	87,25	23649	89,67
Discordante	1089	32,32	406	2,56	705	20,56	164	29,18	231	9,65	115	18,31	13	12,75	2723	10,33

* ASC-US, AGC-US e AOC-US ** ASC-H, AGC-H e AOC-H*** HSIL e Adenocarcinoma in situ**** HSIL com microinvasão, Carcinoma invasor e Adenocarcinoma invasor

No período de 2005 e 2006 não foi realizado o MEQ devido à troca da versão do Sistema SISCOLO e a atualização da Nomenclatura Brasileira.

RESULTADOS

Foram analisados 26.372 exames citopatológicos no período de 2007 e 2008. O total de alterações epiteliais atípicas foram 7.116 (26,98%), distribuídas em: 3.429 (14,42%) atípicas-US*, 562 (2,27%) atípicas-H**, 2.395 (9,40%) LSIL; 628 (2,46%) HSIL*** e 102 (0,40%) lesões invasivas****.

Houve discordância diagnóstica em 2.723 (10,33%) dos casos. As categorias insatisfatório e atípicas-H** apresentaram maior discordância diagnóstica, 32,32% e 29,18%, respectivamente. O percentual de discordância na categoria diagnóstica LSIL, HSIL e lesões invasivas foram respectivamente, 9,6%, 18,3% e 12,7%.

No período, 86 (11,78%) casos deixaram de ser diagnosticados como HSIL/lesões invasivas, sendo que o LO havia diagnosticado 19 (22,09%) como negativo, 9 (10,47%) atípicas-US*, 27 (31,40%) atípicas-H** e 31 (36,05%) LSIL.

O LO diagnosticou 2.360 (8,95%) casos como insatisfatório, sendo que o LR re-classificou 7 casos como atípicas-US*, 2 como atípicas-H** e 2 como LSIL. O LR classificou como insatisfatório 3.369 (16,73%), Tabela 1.

Dentre as alterações epiteliais atípicas detectadas pelo LR (7.116), o LO havia diagnosticado como negativo 470 (2,78%), sendo 341 atípias-US*, 34 atípias-H**, 76 LSIL e 19 HSIL ou lesões invasivas**** (falso-negativo).

Dos casos diagnosticados pelo LR como negativo (16.901), o LO havia diagnosticado como atípias-US* 275 (81,60%) casos, 13 (3,86%) casos de atípias-H**, 31 (9,20%) casos de LSIL, 3 (9,89%) HSIL*** e 15 (4,45%) lesões invasivas**** (falso-positivo). Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos casos falso-negativo e falso-positivo, diagnosticados em nos períodos de 2000-2004 e 2007-2008, no Monitoramento Externo de Qualidade

	Falso-negativo 2000 - 2004 (14.556)		2007 - 2008 (7.116)		Falso-positivo 2000 - 2004 (48.259)		2007 - 2008 (16.901)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atípias-US*	854	1,77	341	2,02	871	1,80	275	1,63
Atípias-H**	-		34	0,20	-		13	0,08
LSIL	230	0,48	76	0,45	387	0,80	31	0,18
HSIL***	44	0,09	18	0,11	87	0,18	3	0,02
Lesões invasivas****	9	0,02	1	0,01	3	0,01	15	0,09
TOTAL	1.137	7,81	470	6,60	1.348	2,79	337	1,99

DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a efetividade da detecção precoce do câncer de colo do útero por meio do exame de Papanicolaou, associada ao tratamento desse câncer em seus estágios iniciais, resulta em uma redução das taxas de incidência de câncer cervical invasor que pode chegar a 80%, quando o rastreamento apresenta boa cobertura e é realizado dentro dos padrões de qualidade²¹.

Alguns autores têm demonstrado que os resultados falso-negativos são os responsáveis por cerca de 10% dos casos de câncer invasivo que progrediram a partir de lesões pré-neoplásicas não detectadas em testes anteriores²². Os problemas derivados de falsos resultados são consideráveis, tanto para o paciente quanto para o Sistema de Saúde. Assim, resultados falso-negativos (que chegam a 42% segundo alguns autores) postergam uma conduta adequada à paciente. Os resultados falso-positivos por sua vez geram uma desnecessária ansiedade às pacientes e seus familiares, induzindo à realização de exames mais complexos e caros, gerando custo assistencial elevado, decorrente de consultas médicas, exames laboratoriais, biópsias e tratamentos medicamentosos, quimioterápicos, radiológicos e cirúrgicos^{23,24}.

Em nosso estudo foi detectado 470 (6,60%) casos falso-negativos (FN) e 337 (1,99%) casos falso-positivos (FP). Até o momento (2000-2004 e 2007-2008), o MEQ detectou 1.607 (7,42%) casos FN e 1.685 (2,59%) casos FP.

A variabilidade interobservadores é relatada em vários estudos de patologia e citopatologia pelo fato de se tratar de exames subjetivos e com interpretação e aplicação dos critérios diagnósticos descritos para cada categoria diagnóstica²⁵.

A categoria de ASC-US apresenta limitações, pois não define se as alterações presentes na citologia são reparativas ou neoplásicas. Por esse motivo, a categoria ASC-US foi subdividida em ASC-US e ASC-H. O ASC-H reflete uma tentativa de identificar melhor as alterações que, apesar de menos definidas, podem representar lesões precursoras do câncer de colo do útero.

No presente estudo, houve um aumento dos diagnósticos de atípias de significado indeterminado de 8,8% para 14,5%. O aumento dos casos de atípias (atípias-US e atípias-H) no período de 2007 e 2008 pode ser explicado pela possibilidade de que alguns quadros de citologias duvidosas, mas com atípias marcantes, antes classificadas com HSIL, sejam agora classificadas como ASC-H e diagnósticos inflamatório, reacionais e metaplasia imatura como ASC-US. A diminuição das porcentagens de HSIL, de 3,2% em 2000-2004 para 2,46% em 2007-2008, mostra que os casos podem ter sido diagnosticados como Atípias-H**.

Do total de atípias diagnosticadas em 2000-2004, 120 (2,02%) eram HSIL/Ca. No período 2007-2008, 119 (2,98%) eram HSIL/Ca. Estudos têm relatado prevalência de HSIL e câncer em 5,2% das mulheres com citologia ASC-US e entre 12,2% e 68% naquelas com citologia ASC-H.

Na revisão, foram classificadas como amostras insatisfatórias 12,8% e 16,72% nos períodos de 2000-2004 e 2007-2008 respectivamente. No primeiro, o LO detectou 6,6% de amostras insatisfatórias, sendo que na revisão pelo LR foram detectados 65 (0,13%) alterações epiteliais atípicas, no segundo, o LO detectou 8,95% de amostras insatisfatórias, destes, na revisão pelo LR, 11 (0,05%) apresentaram alterações epiteliais atípicas. Observamos melhoria dos critérios morfológicos, pela ausência de HSIL e lesões invasivas. Ações corretivas foram aplicadas no período por meio de reciclagem em diagnósticos, procedimentos técnicos e treinamento aos profissionais que realizam a colheita de amostras em conjunto com FOSP.

Os casos insatisfatórios e atípias de significado indeterminado são conhecidos como indicadores de qualidade em laboratório e fazem com que os custos do programa de rastreamento sejam bem mais elevados devido ao maior número de exames preventivos realizados fora do período recomendado pelos programas de rastreamento, ferindo a lógica custo benefício da saúde que permeia as políticas de saúde, principalmente em países com escassez de recursos como o Brasil.

CONCLUSÃO

O MEQ gera uma melhoria da acurácia dos diagnósticos citopatológicos cervicais e padronização dos critérios morfológicos, além de ser uma ferramenta eficaz para redução dos resultados falso-negativos e positivos e custos finais.

O monitoramento externo e interno de qualidade são estratégias eficientes de educação continuada e permitem entender melhor a causa de diagnósticos discordantes bem como planejar formas de melhorar o desempenho dos laboratórios.

O MEQ é parte integrante da estratégia de garantia e melhoria contínua da qualidade em citopatologia na rede de Saúde Pública, e pode ser utilizado como um instrumento de acompanhamento da qualidade dos exames realizados na rede de laboratórios que atendem o SUS.

BIBLIOGRAFIA

- 1-ELUF NETO, J.; NASCIMENTO, C.M.R. Cervical Cancer in Latin America. *Semin Oncol*, 28:188-97, 2001.
- 2-BRENNAN, S.M.F.; HARDY, E.; ZEFERINO, L.C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad. Saúde Pública*, 17 (4):909-914, 2001.
- 3-Ministério da Saúde, INCA. Estimativa da Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil 2008. Rio de Janeiro. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versoafinal.pdf> Acessado em 03/02/2009.
- 4-International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Handbook of cancer prevention, cervix cancer screening. Vol. 10, IARC Press, Lyon, France, 2005.
- 5-Ministério da Saúde. Prevenção do Câncer do Colo do Útero. Manual técnico, Brasília, 2002.
- 6-VOOJIS, G.P.; NAUWELAERS, F.A.; ANNIEK, E.R.P.; VAN, A.V. Cytosafe-plus: a Workstation for screening, supervision, reviewing, quality assurance and education in cytopathology. *Acta Cytol.*40:90-6, 1996.
- 7-World Health Organization (WHO). Manual on the Prevention and Control of Common Cancers. Regional Publications – Westerns Pacific Series, nº 20, 1998.
- 8-ZEFERINO, L.C.; COSTA, A.M; PANNETA, K.; NEVES-JORGE, J.P. Screening da neoplasia cervical. *Rev.Bras. Ginecol. Obstet.*, 106: 415-9, 1996.
- 9-Instituto Nacional do Câncer. Viva mulher. Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2002.
- 10- MITCHELL, H.; MEDLEY, G. Differences between Papanicolaou smears with correct and incorrect diagnoses. *Cytopathol.* 6:368/75, 1995.
- 11-TUON, F.F.B.; BITTENCOURT, M.S.; PANICHI, M.A.; PINTO, A.P. Avaliação da sensibilidade e especificidade dos exames citopatológicos e colposcópico em relação ao exame histológico na identificação de lesões intra-epiteliais cervicais. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 48(2): 140-4, 2002.
- 12-GINTIJO, R.C.; DERCHAIN, S.F.M.; MONTEMOR, E.B.L.; SARIAN, L.O.Z.; SERRA, M.M.P.; ZEFERINO, L.C.; SYRJANEN, K.J. Citologia oncológica, captura de híbridos II e imunocitoquímica visual no rastreamento de lesões cervicais. *Cad. Saúde Pública*, 21(1):141-149, jan-fev, 2005.
- 13-FAHEY, M.T.; IRWIG, L.; MACASKILL, P. Meta-analysis of Pap Test Accuracy. *Amer. Journal of Epidem* Vol. 141, nº 7, 1995.
- 14-KULASINGAM, S.L.; HUGHES, J.P.; KIVIAT, N.B.; MAO, C.; WEISS, N.S.; KUYPERS, J.M.; KOUTSKY, L. Evaluation of human papillomavirus testing in primary screening for cervical abnormalities. *JAMA*, Vol 288, nº 14, 2002.
- 15-MAEDA, M.Y.S.; DI LORETO, C.; BARRETO, E.; CAVALIERE, M.J.; UTAGAWA, M.L.; SAKAI, Y.I. Estudo preliminar do SISCOLO – qualidade na rede de saúde pública de São Paulo. *J Bras Patol Med Lab* 40(6): 425-29, 2004.
- 16-PITTOLO, J.E.; MELLO, E.S.; PEREIRA, S.M.M.; MAEDA, M.Y.S.; UTAGAWA, M.L.; CELESTINO, J.D.; et al. Revisão dos esfregaços negativos em pacientes com lesões intra-epiteliais de alto grau. *J Bras. Patol. Med Lab.* 39: 219-21, 2003.
- 17-São Paulo (Estado). Resolução SS-116, de 27/07/2000. Dispõe sobre o Programa de Controle de Qualidade em exames colposcópico para prevenção e detecção do câncer de colo uterino e lesões precursoras no âmbito do SUS/SP. *Diário Oficial*, nº 144, 28 jul 2000. Sec I, p 34.
- 18-Brasil. Instituto Nacional de Câncer, INCA. Manual técnico: prevenção do câncer de colo do útero. http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_laboratorio.pdf Acesso em 04/02/2009.
- 19-Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nomenclatura Brasileira para Laudos Citopatológicos Cervicais e Condutas Clínicas Preconizadas. 2003.
- 20-PEREIRA, S.M.M.; RAMOS, D.E.L.; YAMAMOTO, L.S.U.; SHIRATA, N.K.; DI LORETO, C.; FERRAZ, M.G.M.C.; LONGATTO FILHO, A. Monitoramento Externo de Qualidade em Citopatologia e o Reflexo na Rotina dos Laboratórios da Rebe Pública. *DST – J Bras Doenças Sex Transm*, 18(3): 172-177, 2006.
- 21-GUSTAFSSON, L.; PONTÉN, Z.M.; ADAMI, H.O. International incidence of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. *Cancer Causes Control*, 8(5): 755-763, 1997.
- 22-CHAMBERLAIN, J. Reasons that soma screening programmes fail to control cervical cancer of the uterine cervix. Lyon: IARC, 1986.
- 23-FERENCZY A, FRANCO E. Cervical-cancer screening beyond the year 2000. *Lancet Oncol* 2001;2:27–32.
- 24-PRIMO, W.Q.S.L.; Câncer de colo do útero: é necessário prevenir. *Brasília Med*, 45(2): 83-84, 2008.
- 25-SEBASTIÃO, A.P.M.; NORONHA, L.; SCHEFFEL, D.L.H.; GARCIA, M.J.; CARVALHO, N.S.; COLLAÇO, L.M.; BLEGGI-TORRES, L.F. Estudo das atípicas indeterminadas em relação à prevalência e ao percentual de discordância nos casos do programa de Prevenção do Câncer uterino do Paraná. *J Bras Patol Med Lab*, 40(6):431-8, 2004.

T00039 - FORMULAÇÃO DE AÇÕES DE GESTÃO ESTRATÉGICA NA PRÁTICA DA HOTELARIA HOSPITALAR PARA O BEM-ESTAR DO PACIENTE: CASO HOSPITAL SAMARITANO

Autor: LUIS HERNAN CONTRERAS PINOCHET; Co-autores: ANA PAULA ALBANEZ; FERNANDO SOARES ARANTES; CLAUDIA RAFFA

Resumo: o objetivo deste estudo foi compreender através da formulação de ações de gestão estratégica, de que forma a Hotelaria Hospitalar pode impactar no bem-estar do paciente durante sua estadia no Hospital Samaritano. O objetivo de formulação de ações foi atingido, com o total de quarenta e quatro ações. Os principais resultados obtidos foram com base nas respostas dos entrevistados. Os principais desafios encontrados para a implantação da Hotelaria Hospitalar foram: integrar a Hotelaria com o corpo de enfermagem; adequar a postura das equipes profissionais; quebrar paradigmas e pré conceitos, fornecer suporte aos pacientes e suprir suas necessidades com agilidade.

Palavras-chave: estratégia, tomada de decisão, hotelaria hospitalar, e hospitalidade.

1. Introdução

Atualmente, na área hospitalar existe uma maior preocupação que vai além da recuperação, há a procura também de uma instituição onde se sinta seguro, confortável e encontre um atendimento humanizado.

Por isso, observa-se uma mudança nas instituições de saúde, as quais buscam reunir todos os serviços de apoio para oferecer aos pacientes, familiares e amigos, maior conforto, segurança, bem-estar além de um serviço personalizado e diferenciado.

Tais mudanças agregam valor aos usuários de um modo geral, possibilitando a geração de receitas extras e criando um ambiente que envolve os profissionais e clientes em um clima acolhedor. Para alcançar a expectativa dos clientes, as instituições devem possuir ações e posteriores indicadores de gestão estratégica voltados para a excelência, além de um planejamento estratégico bem elaborado para definir as ações com base no que a organização deseja alcançar.

É neste contexto que este trabalho visa identificar os elementos norteadores para formular ações de gestão estratégica na prática da Hotelaria Hospitalar, com foco no bem-estar do paciente durante sua permanência no Hospital Samaritano.

2. Justificativa

A hotelaria hospitalar é uma tendência relativamente nova. Percebe-se a carência de informações, referências e até mesmo trabalhos acadêmicos que abordem este tema. Tratar de um assunto como esse, além de ser inovador, também pode servir como um norte para instituições que não têm a hotelaria hospitalar e desejam implantá-la.

Com base neste conjunto de idéias, pretende-se demonstrar de que forma isso é possível e formular ações de gestão estratégica voltados para a prática da hotelaria hospitalar.

3. Métodos

Nesta pesquisa optou-se pela análise de conteúdo, que segundo Vergara (2005) é uma técnica de análise de comunicações, tanto associada aos significados, quanto aos significantes da mensagem. Uma de suas principais características presta-se tanto aos fins exploratórios (de descoberta), quanto aos de verificação teve abordagem qualitativa.

Foi realizada entrevista com questões abertas tendo como base uma análise das principais mudanças ocorridas no processo, na estrutura e, inclusive, na filosofia de trabalho.

A pesquisa é de natureza exploratória e descritiva, pois os dados serão coletados através de pesquisa em campo, e também por se tratar de um tema relativamente novo, que é a Hotelaria Hospitalar.

A pesquisa foi descritiva, pois, há o interesse em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Esta pesquisa apresentou corte transversal (HAIR et al., 2006).

As entrevistas contaram com questionário contendo 23 (vinte e três) perguntas abertas, abordadas no período de Abril de 2008, junto aos coordenadores, gerência e superintendente da área de hotelaria do Hospital Samaritano. Através dos mesmos poderão ser obtidos os dados para a formulação de ações. As perguntas têm como foco a gestão estratégica, juntamente com a implantação da Hotelaria Hospitalar e os principais impactos causados na instituição após sua implantação, levando em consideração o bem-estar do paciente. A pesquisa de campo foi realizada no Hospital Samaritano, localizado na capital de São Paulo, e tem a hotelaria hospitalar está implantada desde o ano de 2006.

4. Resultados

A instituição pesquisada apresenta aproximadamente 200 leitos ativos, caracterizando-se como um hospital geral de grande porte, privado e de caráter não-lucrativo.

Desde 2004, o Hospital é reconhecido nacional e internacionalmente pelo mais importante órgão certificador de padrões de qualidade hospitalar do mundo. O Hospital Samaritano é um dos poucos hospitais gerais privados no Brasil que recebeu a Acreditação pela Joint Commission International (JCI).

Apresentação das Unidades Temáticas, Categorias e Subcategorias

De acordo com o plano metodológico descrito, as unidades temáticas decorreram da proposta de questionamento do conteúdo das entrevistas, agrupados de forma sistêmica. Será apresentada a seguir a composição destas unidades temáticas, baseando-se nas falas dos entrevistados do hospital em estudo.

Unidade Temática 1 – “Entendendo a Estratégia e a Tomada de Decisão no Hospital”

Esta unidade temática tem como principal objetivo entender como a estratégia atua na instituição e como é o processo de tomada de decisão.

Categoria: Estratégia

A Categoria Estratégia tem como principal propriedade analisar aspectos inerentes ao processo estratégico da instituição.

Esta Categoria é composta pelas entrevistas que explanam a idéia de formulação das estratégias, bem como as ferramentas para apoiar as ações tomadas. Com isso, foram constituídas quatro subcategorias: Formulando Estratégias, Utilizando Ferramenta de Apoio, Alinhando Ações e Trabalhando com Consultoria.

Subcategoria: Formulando Estratégias

Esta subcategoria tem como propriedade principal analisar aspectos sobre a formulação de estratégias na instituição e os principais gestores envolvidos.

Langford e Male (1991) destacam a estratégia atingindo todos os níveis da organização, incluindo a escolha de objetivos gerais, aquisições e de investimentos e Warszawski (1996) destaca o planejamento estratégico como uma adaptação dos recursos das empresas a estratégias de mercado selecionadas.

Subcategoria: Utilizando Ferramentas de Apoio

Esta subcategoria tem como propriedade principal apontar as principais ferramentas de apoio para o desenvolvimento estratégico e de que forma podem contribuir para a melhoria durante a estadia do paciente no hospital.

Os entrevistados compreenderam que o BSC – Balanced Scorecard é uma ferramenta primordial para que possam ser atingidas as expectativas feitas no planejamento e que, durante a estadia do paciente, ele consegue perceber alguns benefícios.

Subcategoria: Alinhando Ações

Esta subcategoria tem como propriedade principal identificar a importância de alinhar as ações ao planejamento estratégico, tomando como base o que foi relatado durante as entrevistas.

Verificou-se que os entrevistados têm ciência que os resultados conseguem ser alcançados desde que se tenha clareza no planejamento estratégico.

Para Whipp (1996) e Knighs e Morgan (1991), a estratégia é usada pela elite administrativa como forma de manutenção de poder.

Subcategoria: Trabalhando com Consultoria

Esta subcategoria tem como propriedade principal identificar a importância da organização trabalhar em conjunto com uma empresa prestadora de serviços, quando se pretende implantar um novo projeto.

Através das entrevistas, pôde ser notada uma coerência das idéias quanto ao propósito do trabalho da consultoria e a grande importância que esse serviço oferece.

Categoria: Tomada de Decisão

Esta categoria tem como propriedade principal analisar aspectos inerentes à tomada de decisão, os responsáveis por essa deliberação e demais aspectos relacionados.

Esta categoria é composta pelos discursos que explanam a tomada de decisão adotando como base o que foi relatado durante as entrevistas e utilizando-se de referenciais bibliográficos para validar ou não idéias centrais das entrevistas.

De acordo com Bulhões (2007), os gerentes precisam tomar decisões em um ambiente de incertezas e de pressão permanente de demandas por tempo e tarefas.

Unidade Temática 2 – “Entendendo a Implantação da Hotelaria Hospitalar, o conceito de Hospitalidade e a Gestão de Pessoas”

Esta unidade temática tem como principal objetivo verificar de que forma o ambiente está estruturado e quais são as áreas envolvidas na hotelaria dentro do hospital.

Categoria: Hotelaria Hospitalar

Esta categoria tem como principal propriedade analisar aspectos inerentes à hotelaria hospitalar, em situação de implantação e posteriormente após a implantação e o que é de fundamental relevância dentro desses processos.

É composta pelas entrevistas que explanam a idéia de entender a hotelaria hospitalar. Com isso, foram constituídas três subcategorias: Entendendo a Hotelaria Hospitalar, Estruturando e Adequando o Ambiente e Integrando as Áreas de Apoio.

Subcategoria: Entendendo a Hotelaria Hospitalar

Esta subcategoria tem como propriedade principal analisar alguns aspectos sobre a implantação da hotelaria hospitalar na organização e de que forma é liderada pelos gestores.

Os entrevistados entendem que a hotelaria hospitalar são serviços cedidos aos clientes, aumentando com isso seu conforto e segurança.

Tappan, apud Boeger (2005) discorre que é importante que o paciente sinta que é alguém, em torno de quem funciona todo o hospital, e que o objetivo do hospital é atendê-lo.

Subcategoria: Estruturando e Adequando o Ambiente

Esta subcategoria tem como principal propriedade analisar aspectos referentes à estruturação e adequação do ambiente após a implantação da hotelaria hospitalar.

Os entrevistados entenderam que para a sua implantação é necessário um grande investimento.

Subcategoria: Integrando as Áreas de Apoio

Esta subcategoria tem como principal propriedade demonstrar de que forma as áreas de apoio estão estruturadas e analisar os aspectos referentes ao processo.

Os entrevistados entenderam que deve haver uma integração entre as áreas e demonstram a importância de estarem subordinados a uma única gerência.

Categoria: Hospitalidade

A categoria de hospitalidade tem como propriedade principal analisar aspectos inerentes à hospitalidade em conjunto com a hotelaria hospitalar, e de que forma o paciente pode perceber seus benefícios.

Esta categoria é composta pelas entrevistas que explanam a idéia do acolhimento ao paciente e também sobre a humanização nas instituições de saúde. Com isso, foram constituídas duas subcategorias: Acolhendo Clientes e Trabalhando com Humanização.

Subcategoria: Acolhendo Clientes

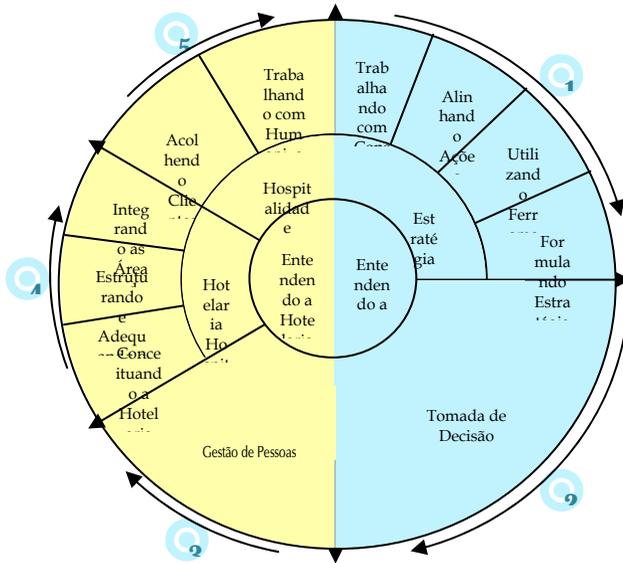
Esta subcategoria tem como propriedade principal conceituar alguns aspectos relacionados ao acolhimento dos clientes de saúde.

Os entrevistados entenderam que hospitalidade é um conceito: o conceito de acolhimento, de receber bem os clientes, visando a todo o momento o seu bem-estar.

Subcategoria: Trabalhando com Humanização

Esta subcategoria tem como propriedade principal conceituar aspectos relacionados à humanização no trato dos clientes de saúde, demonstrando as atitudes que podem ser adotadas para que o ambiente hospitalar se torne mais ameno e humanizado para seus pacientes.

Figura 1: Modelo da Gestão da Hotelaria Hospitalar no Hospital Samaritano.



Fonte: Primária.

Ações formuladas a partir da Categoria de Estratégia

Os entrevistados entenderam que a humanização é fundamental para o cliente, não apenas o cliente externo, como também o cliente interno.
Categoria: Gestão de Pessoas

A categoria Gestão de Pessoas tem como propriedade principal analisar aspectos inerentes à gestão de pessoal e quem são os gestores envolvidos nesse processo.

Esta categoria é composta pelos discursos dos entrevistados que discorrem sobre essa idéia e utilizando-se de referenciais bibliográficos para validar ou não idéias centrais das entrevistas.

As organizações procuram organizar as relações contraditórias entre os grupos sociais existentes, assim como os conflitos oriundos a partir da lógica interna (FLEURY; FISCHER, 1996). Bengston (1991) considera que o capital humano e a cultura da empresa afetam a taxa de crescimento e as direções individuais tomadas por cada organização.

Em recente pesquisa realizada com empresas nacionais, Fleury (1992) conclui que o comprometimento organizacional, além de outros aspectos, é peça-chave para o sucesso das mudanças implantadas nas instituições. Para Kiesler e Sakamura (1966), o comprometimento é um vínculo do indivíduo com atos ou comportamentos, e segundo Becker (1993) é preferível um modelo artesanal de ciência, no qual cada trabalhador produz as teorias e métodos necessários para o trabalho que está sendo feito.

5. Conclusões

Verificou-se na pesquisa que a hotelaria hospitalar é uma grande tendência nos dias atuais. O conceito de hospitalidade caminha em conjunto, sendo que deve ser disseminado para toda a instituição.

Para que seus objetivos sejam atingidos, é necessário ter um planejamento estratégico, onde nesse estudo, destacou-se o Balanced Scorecard como ferramenta de apoio.

É nesse sentido que pudemos observar a importância do papel da Gestão de Pessoas, que atua diretamente com esses profissionais, para treiná-los, capacitá-los e também estruturar as áreas, para que possa ser prestado um atendimento de qualidade.

Todas as informações foram baseadas nas respostas dos entrevistados e com a validação de conteúdo bibliográfico consultado. Para a prática da Gestão da Hotelaria Hospitalar no Hospital Samaritano foi desenvolvido o seguinte modelo:

Após análise das unidades temáticas, categorias e subcategorias, foram formuladas as ações abaixo, de acordo com o exposto pelos entrevistados. Na categoria de Estratégia foram constituídas cinco ações a partir de sua subcategoria Formulando Estratégias; cinco ações a partir de sua subcategoria Utilizando Ferramentas de Apoio; cinco ações a partir de sua subcategoria Alinhando Ações e duas ações a partir de sua subcategoria Trabalhando com Consultoria. Abaixo segue tabela demonstrando as ações:

UNIDADE TEMÁTICA 1		
Entendendo a Estratégia e o Processo de Tomada de Decisão		
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	AÇÕES

ESTRATÉGIA	Formulando Estratégias	Prestar qualidade no atendimento Envolver os colaboradores Desenvolver ações estratégicas Melhorar os serviços Analisar o Planejamento Estratégico
	Utilizando Ferramentas de Apoio	Monitorar as metas Organizar os objetivos Disseminar os objetivos Disseminar as informações via BSC Mapear os processos
	Alinhando Ações	Acompanhar as tendências do mercado Aumentar a geração de caixa da atividade operacional Fidelizar clientes internos e externos Executar novo prédio no prazo e custos orçados Reforçar processos de desenvolvimento organizacional
	Trabalhando com Consultoria	Alinhar o projeto de consultoria com a cultura da organização Acompanhar os resultados

Tabela 1: Formulação de Ações de Estratégia.

Fonte: Primária.

Ações formuladas a partir da Categoria de Tomada de Decisão

Após análise das unidades temáticas, categorias e subcategorias, foram formuladas as ações abaixo, de acordo com o exposto pelos entrevistados. Na categoria de Tomada de Decisão foram constituídas quatro ações, conforme demonstrado na tabela a seguir:

UNIDADE TEMÁTICA 1	
Entendendo a Estratégia e o Processo de Tomada de Decisão	
CATEGORIA	AÇÕES
TOMADA DE DECISÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver as lideranças e gestores • Melhorar a imagem institucional (hospital antigo x hospital novo) • Atrair os principais profissionais médicos • Atingir objetivos estratégicos

Tabela 2: Formulação de Ações de Tomada de Decisão.

Fonte: Primária.

Ações formuladas a partir da Categoria de Gestão de Pessoas

Após análise das unidades temáticas, categorias e subcategorias, foram formuladas as ações abaixo, de acordo com o exposto pelos entrevistados. Na categoria de Gestão de Pessoas foram constituídas cinco ações, conforme demonstrado na tabela a seguir:

UNIDADE TEMÁTICA 2	
Entendendo a Implantação da Hotelaria Hospitalar, o conceito de Hospitalidade e a Gestão de Pessoas	
CATEGORIA	AÇÕES
GESTÃO DE PESSOAS	<ul style="list-style-type: none"> • Executar treinamento de capacitação e aprimoramento profissional: equipe operacional • Executar treinamento alinhado ao Planejamento Estratégico: equipe das lideranças • Integrar a área da Hotelaria com seu principal cliente interno (enfermagem) • Otimizar os Recursos Humanos • Adequar a postura das equipes profissionais

Tabela 3: Formulação de Ações de Gestão de Pessoas.

Fonte: Primária.

Ações formuladas a partir da Categoria de Hotelaria Hospitalar

Após análise das unidades temáticas, categorias e subcategorias, foram formuladas as ações abaixo, de acordo com o exposto pelos entrevistados. Na categoria de Hotelaria Hospitalar foram constituídas três ações a partir de sua subcategoria Integrando as Áreas de Apoio; três ações a partir de sua subcategoria Conceituando a Hotelaria Hospitalar e quatro ações a partir de sua subcategoria Estruturando e Adequando o Ambiente. Abaixo segue tabela demonstrando as ações:

UNIDADE TEMÁTICA 2		
Entendendo a Implantação da Hotelaria Hospitalar, o conceito de Hospitalidade e a Gestão de Pessoas		
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	AÇÃO
	Integrando as Áreas de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Centralizar e direcionar os serviços de apoio • Acompanhar o cronograma das ações

HOTELARIA HOSPITALAR		<ul style="list-style-type: none"> • Viabilizar mudanças
	Conceituando a Hotelaria Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar acesso aos recursos e facilidades pertinentes à Hotelaria • Quebrar os pré-conceitos • Agregar valor ao cliente e ao hospital
	Estruturando e Adequando o Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Executar levantamento das necessidades • Utilizar conscientemente os serviços • Padronizar os processos • Agilizar a admissão do paciente

Tabela 4: Formulação de Ações de Hotelaria Hospitalar.
Fonte: Primária.

Ações formuladas a partir da Categoria de Hospitalidade

Após análise das unidades temáticas, categorias e subcategorias foram formuladas as ações abaixo, de acordo com o exposto pelos entrevistados. Na Categoria de Hospitalidade foram constituídas cinco ações a partir de sua subcategoria Acolhendo Clientes e três ações a partir de sua subcategoria Trabalhando com Humanização. Abaixo segue tabela demonstrando as ações:

UNIDADE TEMÁTICA 2		
Entendendo a Implantação da Hotelaria Hospitalar, o conceito de Hospitalidade e a Gestão de Pessoas		
CATEGORIA	SUBCATEGORIA	AÇÃO
HOSPITALIDADE	Acolhendo Clientes	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer suporte aos pacientes • Suprir as necessidades com agilidade • Superar as expectativas • Possibilitar flexibilidade às solicitações dos pacientes • Monitorar o nível de satisfação dos clientes
	Trabalhando com Humanização	<ul style="list-style-type: none"> • Entender as fragilidades dos pacientes • Proporcionar empatia no atendimento • Tornar a permanência do paciente mais amena

Tabela 5: Formulação de Ações de Hospitalidade.
Fonte: Primária.

Contribuição do Estudo para Gestão

Com base nas ações que emergiram desta pesquisa, este estudo poderá futuramente ser aplicado de forma quantitativa, validando essas ações em formato de questionário, com questões

fechadas, gerando assim indicadores para tomada de decisões estratégicas para a prática da hotelaria hospitalar.

Bibliografia

- BENGSTON, Roger E. A History of the Green Giant Company: 1903-1979. UMI, Michigan, EUA. Tese de Doutorado. Univ. of Minnesota, 1991.246p.
- BECKER, H.S. Notes on The Concept of Commitment. The American Journal of Sociology, 66(1), 32-40, 1960.
- BOEGER, Marcelo Assad. Gestão em Hotelaria Hospitalar. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- BULHÕES, Myriam Silva. Tomando as melhores decisões / Harvard Business School Press. Rio de Janeiro: Campus, 2007.
- FLEURY, M. T. L. Comprometimento e Qualidade: velhos temas e novos desafios na gestão de R.H. São Paulo, 1992.
- FLEURY, M. T.; FISCHER, R. M. Cultura e Poder nas Organizações. São Paulo, Ed. Atlas, 1996.
- HAIR, et. al. Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- KIESLER, C. A., SAKAMURA, J. A. A test of a model for commitment. Journal of Personality and Social Psychology, V.3, p.349-353. 1966.
- Knights, D. and G. Morgan. 1991. 'Corporate strategy, organizations and subjectivity: a critique'. Organisation Studies, 12/2: 251-273.
- LANGFORD, D. & MALE, S. Strategic Management in Construction. Hants, Gower, 1991. 156 p.
- VERGARA, Sylvia C. Métodos de Pesquisas em Administração. São Paulo: Atlas, 2005.
- WARSAZAWSKI, A. Strategic Planning in Construction Companies. Journal of Construction Engineering and Management. V.122, N.2, June 1996. pp.133-40.
- WHIPP, R. Creative deconstruction: strategy and organization in Handbook of Organization Studies. Clegg, S. R.; C. Hardy and W. Nord (editors). London: Sage, 1996.

T00044 - DOIS CONCEITOS INOVADORES NO DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS E NO SEU CÁLCULO DE PRODUTIVIDADE

Autor: CLAUDE MACHLINE; Co-autor: DJAIR PICCHIAI

RESUMO

O artigo apresenta dois importantes conceitos, úteis para o dimensionamento de recursos humanos em hospitais e no cálculo da produtividade: funcionário equivalente de tempo integral – FETI; e leito ocupado ajustado – LOA. Esses conceitos têm sido usados no exterior, mas não no País, onde são inovadores. Seu uso normalizará o dimensionamento do pessoal e tornará mais significativos os indicadores hospitalares relacionados com o pessoal. Substituiriam com vantagem os conceitos menos elucidativos hoje usados, de funcionário (sem indicação de regime) e de leito existente. O indicador: funcionário equivalente de tempo integral por leito ocupado ajustado tornar-se-ia o indicador relevante de produtividade, no lugar de

funcionário por leito. Após breve revisão da extensa literatura técnica existente sobre o dimensionamento, expõem-se exemplos numéricos relativos a diversos setores do hospital e analisam-se as implicações relativas ao uso do indicador sugerido.

PALAVRAS-CHAVE: Funcionário equivalente de tempo integral, Leito ocupado ajustado

ABSTRACT

This paper presents two important concepts, useful for hospital staffing and for productivity computation: full time equivalent employee; and adjusted occupied bed. These concepts have been used abroad, but not in Brazil, where they would innovate. Their use would standardize staffing and provide more relevance to the productivity indicators related to hospital manpower. They would substitute advantageously the much less significant concepts today used, of, merely, employee and bed. The indicator: full time employee equivalent per adjusted occupied bed would become the relevant productivity indicator, instead of employees per bed. After a brief review of the extensive literature concerning hospital staffing, numerical examples are given about several hospital sectors and the implications relative to the use of the proposed indicator are analysed.

KEY WORDS: Full time equivalent employee, Adjusted occupied bed

1. INTRODUÇÃO. OBJETIVOS DO ARTIGO

Os indicadores hospitalares de produtividade e qualidade divulgados no País referem-se ao número de funcionários por leito, sem especificar o regime de trabalho do funcionário nem a taxa de ocupação dos leitos, nem, ainda, a intensidades das demais atividades do hospital, além da internação. Ora, existe apreciável diferença entre funcionários de 20, 30, 36 e 44 horas de trabalho por semana. E entre um leito vazio e outro ocupado. E entre hospitais de diversos espectros de atividade e níveis de complexidade. O conceito de funcionário equivalente de tempo integral – FETI permite reduzir a variedade de regimes diferentes de trabalho a um denominador comum, o funcionário de 40 horas por semana, prática clássica em outros países e indispensável para se poder comparar a produtividade de instituições diferentes. Deve-se então calcular o número de funcionários equivalentes de tempo integral.

Por sua vez, o conceito de leito ocupado é mais significativo que o de leito. O número de leitos ocupados é igual ao número de leitos disponíveis vezes a taxa de ocupação. Essa taxa é, por si mesma, indicador essencial de efetividade do hospital.

O conceito de leito ocupado ajustado, embora de mais difícil compreensão e aceitação, é essencial para o cálculo correto da produtividade. O hospital moderno efetua cada vez um maior número de procedimentos alheios à hospitalização em si: cuidados intensivos para pacientes em condição grave, exames de alta tecnologia, consultas de ambulatório, pronto-socorro, pronto-atendimento, transplantes, implantes, grandes cirurgias, hemodiálises, hospital-dia, home care. Essas atividades requerem tempo de enfermagem, farmácia, nutrição, assistência psicológica e social, limpeza, lavanderia, manutenção e outros setores.

É necessário, pois, efetuar um ajuste, acrescentando aos leitos reais ocupados certo número de leitos extras. Se, por exemplo, uma consulta médica, na base do tempo despendido por parte da enfermagem, do arquivo médico, da informática, do faturamento e dos demais setores intervenientes, valer 5% de uma diária, 20 consultas valem o mesmo que um leito ocupado. O denominador comum das atividades hospitalares será, assim, o leito ocupado ajustado, composto de leitos de internação ocupados reais e de "leitos virtuais".

O objetivo principal deste artigo é divulgar os conceitos de funcionário equivalente de tempo integral e de leito ocupado ajustado, bem como do indicador de produtividade:

funcionários equivalentes de tempo integral
leitos ocupados ajustados.

São fundamentais para se poder efetuar o dimensionamento

correto dos recursos humanos do hospital e se comparar a produtividade do hospital com a de seus congêneres. Um objetivo adicional é rever os diferentes métodos existentes para dimensionar os recursos humanos do hospital.

2. BREVE REVISÃO DA LITERATURA

A literatura técnica versando o dimensionamento do pessoal hospitalar e, em especial, o da enfermagem, é extensa. Centenas de artigos foram escritos, aqui e no exterior, focando o assunto. Em síntese, estabelece-se um número definido de horas de trabalho de cada função – enfermagem, farmácia ou limpeza – por paciente internado. Multiplica-se pelo número de pacientes e divide-se pela oferta de horas de trabalho de cada funcionário, obtendo-se o contingente necessário.

No caso da enfermagem, estabelece-se o número de horas diárias de assistência necessárias, que variam de 4 a 18, conforme a gravidade do estado do paciente. Dezenas de sistemas de classificação de pacientes foram criadas. Diversos aplicativos são disponíveis para facilitar os cálculos de dimensionamento de pessoal de cada categoria, em cada clínica, cada dia. Vários hospitais nacionais dispõem desses recursos computacionais.

Para cobrir as flutuações diárias da taxa de ocupação, considera-se imperioso dispor de 20% de funcionários de enfermagem "coringas", isto é, não ligados a qualquer clínica e aptos a reforçar a qualquer dia qualquer clínica sobrecarregada de pacientes.

A literatura técnica relativa à determinação do quantum de pessoal hospitalar data dos primórdios da administração científica (GILBRETH F., 1914) e recebeu impulsos das áreas quantitativas da engenharia e da administração (GILBRETH L., 1945; AHA, 1950; FLAGLE, 1960; CONNOR, 1961; SMALLEY, 1966; CASH, 1967; ABERNATHY, 1971). A própria enfermagem começou a publicar sobre o assunto a partir dos setenta (RAMEY, 1973; McCORMICK, 1973; ABDOO, 1994).

No século passado, a preocupação principal dos inúmeros militantes na área era a determinação correta do pessoal necessário, em função dos processos de trabalho. Manter o custo do pessoal sob controle era o objetivo. Hoje prevalecem artigos sustentando a opinião de que a qualidade da assistência hospitalar está diretamente correlacionada com a quantidade e qualidade da enfermagem. O incremento de custo resultante de um número maior de enfermeiros e na maior proporção de enfermeiros diplomados no quadro de pessoal da enfermagem é mais do que compensado pela redução de outras despesas hospitalares; menos medicação, menos análises e exames, menor tempo de estadia, menos intercorrência, menos depressão, melhoria de qualidade da vida do paciente e da enfermagem, menos reincidência de moléstias e internações (AIKEN, 2002; NCL, 2004).

No Brasil, alguns trabalhos pioneiros surgem na década dos setenta (FELDMANN, 1973; ATALA, 1978). Os artigos e livros (alguns traduzidos) multiplicam-se de 1980 em diante (MEZOMO, 1981; ARNDT, 1983; MARTINS, 1983; DUTRA, 1983; ABOUD, 1987; CAMPEDELLI, 1988; KURCGANDT, 1991; FUGULIN, 1994; BITTAR, 1997; ANTUNES, 2003; CAMPOS, 2004; NICOLA, 2004; GAIDZINSKI, 2006). O COFEN – Conselho Federal de Enfermagem publicou diversas normas (1996, 2004) relativas ao dimensionamento do pessoal de enfermagem, focalizando o paciente internado e mostrando ser também atento às demais atividades hospitalares que não caracterizam uma internação (pronto-socorro, centro cirúrgico).

3. O FUNCIONÁRIO EQUIVALENTE DO TEMPO INTEGRAL

Na literatura técnica norte-americana sobressai o conceito de Full Time Equivalent Employee – FTE.

É referência de regime de trabalho. É definido como o funcionário que trabalha 52 semanas por ano, 40 horas pagas por semana, num total de $52 \times 40 = 2.080$ anuais, em $52 \times 5 = 260$ dias úteis. Não é um funcionário real, é um padrão, usado para efeito de comparação com funcionários que trabalham em outros regimes, como 20, 30 ou 36 horas semanais. Um FTE vale dois funcionários de 20 horas semanais. Traduziu-se aqui FTE por Funcionário Equivalente de Tempo Integral – FETI.

Será calculado agora o número de FTE necessários para atender à demanda; depois, o de FETI; o primeiro, na base anual, conforme praticado nos USA; o segundo, em base semanal, conforme o costume nacional. O resultado é o mesmo.

Para atender às necessidades de, por exemplo, 1000 horas por dia de algum serviço hospitalar, 365 dias por ano, vem:

$$\text{Número de FTE} = \frac{365 \times 1.000}{2.080} = 175 \text{ FTE} \qquad \text{Número de FETI} = \frac{7 \times 1.000}{40} = 175 \text{ FETI}$$

O cálculo do quadro deve ser completado agora com a inclusão de funcionários adicionais para cobrir férias, feriados, faltas e folgas. No País, férias de 30 dias corridos, ou seja, de 22 dias úteis, isto é, de 176 horas, causam um aumento de

$$1 - \frac{2.080}{2.080 - 176} = 9,2\%$$

No contingente; 8 feriados oficiais (já subtraídos dos 13 feriados anuais os que incidem nos sábados, domingos e férias) requerem

$$1 - \frac{260}{260 - 8} = 3,2\%$$

de funcionários adicionais; costuma-se cobrir a falta dos 2% dos funcionários que não comparecem nos dias em que estavam escalados (é o absentismo); e, por fim, 5% obterão licença de maternidade, luto, ou outra folga prevista na legislação trabalhista ou concedida. Deve-se, pois, acrescentar aos FTE – FETI um adicional de $9,2\% + 3,2\% + 2\% + 5\% \square 20\%$ para obter o quadro real. Este é dado pela equação: Quadro real = FTE x 1,2; No exemplo exposto acima, vem: Quadro real = $175 \times 1,2 = 210$ funcionários

4. O LEITO OCUPADO AJUSTADO

Além da assistência prestada aos pacientes internados, muitos hospitais exercem várias atividades não incluídas na categoria de serviços de internação.

Atividade	Quantidade Efetuada		Horas de enfermagem necessárias para exercer a atividade (por atividade unitária)	Horas totais de enfermagem requeridas por semana
	por dia	por semana		
Consulta Médica	500	2.500	0,25	625
Cirurgia	30	180	4,00	720
Hemodíalise	100	500	1,00	500
Hospital-dia	50	250	2,00	500
Home care	20	100	3,00	300
Total				2.645

A tabela seguinte mostra, num exemplo simplificado, o volume dessas atividades exercidas por certo hospital e as horas de enfermagem necessárias para sua realização.

Atividades hospitalares alheias à internação

Supondo que, neste hospital, um paciente internado requeira, em média, 8 horas de assistência de enfermagem por dia, ou seja, 56 horas por semana, as atividades alheias à internação correspondem a $2.645/56 = 47$ leitos ocupados. Esse número de leitos “virtuais” deve ser acrescentado ao dos leitos reais ocupados, obtendo-se o número de leitos ocupados ajustados. A AHA emprega também a expressão pacientes-internados ajustados (adjusted inpatients).

Usou-se, neste exemplo, como denominador comum das atividades hospitalares, o número de horas de enfermagem envolvidas em todas as atividades. Outros denominadores comuns podem ser usados, horas de funcionário por atividade, custos por atividade, ou preço por atividade, conforme o objetivo desejado ao se efetuar o ajuste.

Essa técnica de relacionar uma atividade a outra é prática comumente utilizada em indústrias e empresas de serviço, para custear ou apregar gamas de produtos ou atividades que formam famílias.

5. UM INDICADOR HOSPITALAR FUNDAMENTAL

As empresas têm procurado criar um indicador único que permita medir de forma correta a produtividade de seus diferentes setores bem como sua produtividade total. Nesse contexto, a AHA – American Hospital Association (1979) desenvolveu, para medir a produtividade de milhares de hospitais diferentes e, dentro de cada um, a dos diversos setores, o indicador cujos componentes foram definidos anteriormente:

Funcionário equivalente de tempo integral – FETI

Leito ocupado ajustado – LOA

ou seja, em inglês:

Full time equivalent employee – FTE

Adjusted occupied bed – AOB

Algumas dificuldades mencionadas pela AHA para esse cálculo e para a validade de comparações são o volume crescente de terceirizações das atividades hospitalares e o crescimento da assistência a pacientes não internados.

Um indicador aparentado é o número de horas pagas por leito ocupado ajustado ou, o que é o mesmo, pelo paciente-dia ajustado (adjusted inpatient day).

Da série histórica desses indicadores, válida para todos os hospitais gerais norte-americanos registrados, a tabela seguinte 1 reproduz alguns elementos. Mostram que, no decorrer dos anos, a produtividade do funcionário hospital vem caindo, em vista, provavelmente, da crescente complexidade tecnológica da assistência.

Ano	Número de hospitais	Número de leitos (milhares)	Número de internações (milhares)	Visitas de pacientes externos (milhares)	Número de FTE empregados (milhares)	FTE/AOB
1975	5.875	942	33.435	190.672	2.392	3,00
1980	5.830	988	36.143	202.310	2.873	3,35
1985	5.732	1.001	33.449	218.716	2.997	3,86
1990	5.384	927	31.181	301.329	3.420	4,21
1995	5.194	873	30.945	414.345	3.714	4,59
2000	4.915	824	33.089	521.404	3.911	4,61
2003	4.895	813	34.783	563.186	4.109	4,60

Tabela 1. Algumas estatísticas da AHA – 1975 – 2003

Fonte: AHA Hospital Statistics – 2005

Os poucos indicadores hospitalares publicados no País, por exemplo, os da ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados (2008) e do PROAHS – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistema de Saúde – FGV/HCFMUSP, (2008) utilizam um indicador de produtividade – funcionário por leito, menos significativo que o FTE/AOB. A literatura técnica de produtividade hospitalar usa comumente esse indicador (BITTAR, 1996; PICCHIAI, 2000) para mensuração da eficiência.

6. COMENTÁRIOS SOBRE OS CONCEITOS PROPOSTOS

Nesta seção serão comparados dois hospitais hipotéticos A e B pelo tradicional indicador funcionário/leito e pelo mais correto indicador

Funcionário equivalente de tempo integral

Leito ocupado ajustado.

O hospital A emprega 1.400 funcionários de 30 horas semanais, dispõe de 200 leitos com 90% de taxa de ocupação e realiza numerosas cirurgias e outras atividades de alta complexidade. O hospital B contrata 900 funcionários de 40 horas semanais, disponibiliza 200 leitos de 80% de taxa de ocupação e concentra-se na internação de pacientes de baixa e média necessidade de cuidados.

Para A, a relação tradicional é: $1400/200 = 7$ funcionários por leito e, para B, é: $900/200 = 4,5$ funcionários por leito.

O hospital A emprega $1.400 \times 3/4 = 1.050$ funcionários equivalentes de tempo integral. Calculou-se na base do esforço necessário, que as atividades de alta complexidade, não ligadas à internação de pacientes de baixa e média necessidade de cuidados, correspondem a um volume de trabalho equivalente a um adicional de 50% de leitos ocupados, ou seja, a mais $0,5 \times 200 \times 0,9 = 90$ leitos. A tem, pois, um total de $200 \times 0,9 + 0,5 \times 200 \times 0,9 = 270$ leitos ocupados ajustados.

A relação que melhor exprime a produtividade de A é: $FETI/LOA$ de A = $1.050/270 = 3,89$ FETI/LOA

Enquanto a de B é: $FETI/LOA$ de B = $900/160 = 5,63$ FETI/LOA

Medidas pelo indicador tradicional usado no País, parecia que a produtividade de B era maior do que a de A. O indicador proposto estabelece uma visão mais equitativa da produtividade dos hospitais do que o indicador tradicional.

7. CONCLUSÃO

Seria desejável que todos os hospitais nacionais, públicos e privados, de qualquer natureza, calculassem e divulgassem mensalmente seus indicadores de produtividade. Um indicador de maior relevância é o número de funcionários equivalentes de tempo integral – FETI, por leito ocupado ajustado – LOA. Como existem diversos regimes de trabalho, o conceito de FETI (Full Time Equivalent, em inglês), funcionário de 40 horas de trabalho por semana, define o regime padrão de trabalho e funciona como a métrica dos demais regimes. O conceito de LOA (Adjusted Occupied Bed, ou Adjusted Inpatient Day, em inglês), ao levá-los em conta, permite fazer justiça aos numerosos serviços de saúde que os hospitais perfazem, além da internação. O uso desses conceitos e do indicador proveniente de sua conjugação permite efetuar comparações relevantes entre hospitais e entre diferentes épocas da série histórica de um mesmo hospital, coteje esses aos quais o indicador hoje mais utilizado, número de funcionários por leito, não confere significado.

BIBLIOGRAFIA

- ABBOUD, Miguel. Dotação de Pessoal na Organização Hospitalar, São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas – EAESP/FGV, Apostila AD-8202-LR, 1987,11 p.
- ABDOO, Yvonne Marie, Nurse Staffing and Scheduling, in *The Professional Practice of Nursing Administration*, ed. por Lillian Simms et al., Albany, NY: Delmer Publishers Inc., 2nd.ed., 1994.
- ABERNATHY, W. J., BALOFF, Nicholas, HERSHEY, John C., “The Nurse Staffing Problem: Issues and Prospects”, *Sloan Management Review*, XII (Fall, 1971).
- AIKEN, L.H. et al., Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction, *JAMA*, October 2002, 288, 1987-1993.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION – AHA and NATIONAL LEAGUE OF NURSING EDUCATION, *Hospital Nursing Service Manual*, New York: National League of Nursing Education, 1950.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION – AHA, *Hospital Administrative Services- HAS*, Chicago, Ill, 1979.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION – AHA, *AHA Hospital Statistics*, Chicago, Ill, 2005.
- ANAPH – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS, *Boletim SINHA, Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares*, 1º Trimestre, 2008.
- ARNDT, Clara and HUCKABAY, Loucine M.D., *Administração de Enfermagem*, 2nd. ed., R.J.: Interamericana, 1983.
- ATALA, Auad, Cálculo de pessoal para os serviços paramédicos de um hospital geral de 300 leitos, *Revista Paulista de Hospitais*, Ano XXVI, vol. XXVI, nº 6, junho de 1978, p. 244-256.
- BITTAR, Olímpio J.N.V., *Hospital, Qualidade e Produtividade*, São Paulo: Sarvier, 1996.
- CAMPEDELLI, Maria Coeli et al., Cálculo de Pessoal de Enfermagem, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 41, 3 / 4 Brasília, julho-dezembro 1988.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Resolução COFEN nº 189/1996, Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, Rio de Janeiro, 1996.
- COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Resolução nº 293/2004, Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados, Rio de Janeiro, 2004.
- COMMISSION FOR ADMINISTRATIVE SERVICES IN HOSPITAL – CASH, *Nursing service staff utilization and control program, an orientation*, Los Angeles: The Commission, December 1967.
- CONNOR, Robert S. et al., Effective use of Nursing Resources, *Hospitals, JAHA*, May 1, 1961, vol. 35.
- DUTRA, Vanderli de Oliveira, *Administração de Recursos Humanos no Hospital*, em: *O Hospital e a Visão Administração Contemporânea*, coord. Ernesto Lima Gonçalves, São Paulo: Pioneira, 1989, 2ª ed.
- EDGEJUMBE, Robert H., The CASH approach to hospital management engineering, *Hospitals, JAHA*, march 16, 1965. v. 39.
- FLAGLE, C.D. et al., (ed.), *Operations Research and Systems Engineering*, Baltimore: John Hopkins, University Press, 1960.
- GAIDZINSKI, Raquel R. et al., Dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições de saúde, in: Kurcgant P., op cit.
- GILBRETH, Frank B., *Scientific Management in the Hospital, The Modern Hospital*, vol. III, nº 5, nov. 1914, p. 321-324.
- GILBRETH, Lillian M., *Time and Motion Study, The Modern Hospital*, vol. 65, nº 3, Sept. 1945, p. 53-54.
- KURCGANT, Paulina et al. *Gerenciamento em Enfermagem*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MARTINS, Maria Lúcia Ramalho, *O Serviço de Enfermagem, Organização e Administração*, São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração de Saúde – CEDAS, 3ª ed., 1988, p.22-32.
- McCORMICK, P. et al., *Predicting Nurse Staffing, Hospitals, JAHA*, May 1, 1973, v. 47.
- NATIONAL CONSUMERS LEAGUE – NCL, *Consumer Perspectives: The Effect of Current Nurse Staffing Levels on Patient Care*, A Report of the National Consumers League, May 2004.
- PICCHIALI, Djair, *Dimensionamento Quantitativo de Recursos Humanos em Hospitais Públicos e Privados*, NPP – Núcleo de Pesquisas e Publicações, EAESP/FGV, 2000.
- PROAHS – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. FGV/HCFMUSP. *Indicadores de produtividade* (2008).
- RAMEY, Irene G., *Eleven steps to proper staffing, Hospitals, JAHA*, March 16, 1973, v. 47.
- SMALLEY, Harold E. and John R. Freeman, *Hospital Industrial Engineering, a Guide to the Improvement of Hospital Management Systems*, New York: Reinhold Publishing Co., 1966.

TO00445- AVALIAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS EM HOSPITAIS BRASILEIROS

Autor: WALTER MENDES; Co-autores: CLÁUDIA MARIA DE REZENDE TRAVASSOS; MÔNICA MARTINS; ANA LUIZA BRAZ PAVÃO

Resumo

Objetivo: Avaliar a incidência de pacientes com eventos adversos em hospitais brasileiros baseada na revisão retrospectiva de prontuários.

Métodos: Foi selecionada uma amostra aleatória simples de prontuários de pacientes adultos internados no ano de 2003 em um hospital público, geral de ensino localizado na cidade do Rio de Janeiro. Foram excluídos da amostra os pacientes menores de 18 anos, pacientes psiquiátricos e aqueles que permaneceram internados até 24 horas. Numa primeira etapa enfermeiros revisores rastream casos com potencial evento adverso. Os prontuários rastreados foram avaliados por médicos, com base em uma avaliação implícita, estruturada para identificar a ocorrência de EA, o momento, o local, a origem e se o EA era ou não evitável. Os instrumentos de avaliação foram adaptados do Canadian Adverse Events Study para serem usados em hospitais brasileiros.

Resultados: A incidência de pacientes com eventos adversos foi de 7,6% (84/1103 pacientes). A proporção de pacientes com eventos adversos evitáveis foi de 66,7% (56/84 pacientes). A enfermaria foi o local mais freqüente de ocorrência de eventos adversos (48,5%) e a origem do evento adverso mais freqüente foi decorrente de procedimento cirúrgico (35,2%).

Conclusões: A incidência de pacientes com eventos adversos nos hospitais estudados é similar à encontrada em estudos internacionais, no entanto, a proporção de eventos adversos evitáveis foi bem mais alta

Palavras-chave: Qualidade em Saúde; Eventos Adversos; Avaliação em Saúde; Segurança do Paciente.

Introdução

Na atualidade, a ocorrência de Eventos Adversos (EAs) destaca-se como um dos principais problemas de qualidade nos serviços de saúde. Define-se EA como lesão ou dano [injury] não intencional que resulta em incapacidade ou disfunção [disability], temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte como consequência do cuidado prestado (Mendes et al 2005). O que caracteriza o EA é o fato do dano ou lesão ter sido causado pelo cuidado prestado na organização de saúde e não por ser decorrente da evolução da doença de base do paciente. A melhoria da segurança no cuidado à saúde visa à redução do risco de lesão ou dano aos pacientes causado pelo cuidado.

Um grupo de pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz adaptou os instrumentos de avaliação e os critérios de rastreamento do Canadian Adverse Event Study (CAES) (Baker et al., 2004) para a realização de um estudo de avaliação da ocorrência de EAs em hospitais brasileiros. O estudo canadense empregou o método de revisão retrospectiva de prontuário. O método adotado pelo CAES foi semelhante ao empregado em pesquisas anteriores realizadas nos EUA, Austrália, Reino Unido, França, Dinamarca, Nova Zelândia e Espanha, com duas fases de avaliação: uma implícita e outra explícita. O CAES desenvolveu um formulário próprio informatizado para avaliar a incidência, a área clínica e a especialidade que contribuíram com a ocorrência do EA, o local e o momento da ocorrência do EA, a gravidade do dano ou lesão e a presença de incapacidade ou disfunção. A incidência de EAs encontrada no CAES foi de 7,5 por 100 pacientes e a proporção de EAs evitáveis foi de 37%.

O objetivo geral do estudo brasileiro foi o de contribuir para o estudo da ocorrência de EAs nos hospitais brasileiros como meio de melhorar o desempenho dos hospitais, particularmente no âmbito da segurança do paciente, através de desenvolvimento, avaliação e aplicação de instrumentos apropriados para o monitoramento do desempenho e a redução da ocorrência de EAs. O estudo se propôs a estimar a incidência de EA e a proporção de EAs evitáveis em hospitais de ensino no estado do Rio de Janeiro; identificar os principais fatores de risco da ocorrência de EA nos hospitais estudados e as principais causas de sua ocorrência; identificar as principais características dos EAs evitáveis; testar a confiabilidade entre os avaliadores enfermeiros na aplicação de instrumentos de rastreamento e avaliação de EA; e avaliar a validade da fase de rastreamento na identificação de potenciais EAs;

Justificativa

A expressiva magnitude dos problemas de segurança do paciente nos serviços de saúde, além de sua presença disseminada nos vários países, os tornaram um problema de importância internacional. A OMS criou em 2004 a World Alliance for Patient Safety (www.who.int/patientsafety), que reúne diretores de diversas organizações voltadas para a melhoria da qualidade, formuladores de políticas de saúde e grupos de pacientes, com o objetivo de reduzir os efeitos na saúde e as consequências sociais de cuidado de saúde inseguro. A Alliance desenvolve atividades integradas entre os países para o desenvolvimento de métodos de mensuração e monitoramento de EAs, em particular, aqueles adaptados para sua aplicação nos países em desenvolvimento.

A mensuração da freqüência de EAs e a identificação das causas mais comuns têm sido etapas importantes percorridas por vários países para chamar a atenção sobre a gravidade do problema e orientar o desenho de políticas de segurança do paciente. O método de mensuração de EAs, aplicado em grande parte dos estudos realizados nos países desenvolvidos, foi o método de revisão retrospectiva de prontuários.

Em revisão sobre os estudos que empregaram a metodologia de revisão retrospectiva de prontuários, Mendes et al. (2005) observaram que a incidência global de EA em hospitais oscilou entre 2,9 e 16,6 por 100 pacientes. Destes, entre 27% e 51% foram considerados evitáveis.

Métodos

Foram analisados os pacientes internados durante o ano de 2003 em 3 hospitais gerais, públicos e de ensino que internam pacientes agudos, localizados no estado do Rio de Janeiro. Dois hospitais têm serviços de emergência e maternidade. Os hospitais foram selecionados por sua disposição de cooperar com a pesquisa e pela qualidade dos seus prontuários.

Selecionou-se uma amostra aleatória simples dos pacientes internados. Foram excluídos da amostra os pacientes menores de 18 anos, aqueles que permaneceram internados menos de 24 horas e os pacientes com diagnóstico principal relacionado a doenças psiquiátricas. Ao contrário do estudo canadense, os casos obstétricos permaneceram na amostra devido à alta taxa de morte materna registrada no Brasil

Para a seleção da amostra, obteve-se do hospital uma listagem dos prontuários referentes a todas as internações ocorridas em 2003 (27.350 internações). Foram analisados 1.103 prontuários de pacientes.

A revisão retrospectiva de prontuários consistiu em uma avaliação em duas etapas: a primeira baseada em uma revisão explícita – etapa de rastreamento de potenciais Eventos Adversos (pEAs), realizada por enfermeiros – e a segunda baseada em revisão implícita estruturada – etapa de identificação de EAs, realizada por médicos. A revisão implícita é baseada em critérios pré-estabelecidos, avaliados a partir dos dados no prontuário dos pacientes. A presença de pelo menos 1 critério seleciona o prontuário para a segunda fase de avaliação. A segunda etapa de avaliação é baseada em revisão implícita de casos para identificação da ocorrência de EA. Nesse formulário, o médico revisor confirma ou não a existência de evidência no prontuário do paciente do pEA identificado na primeira fase de avaliação.

No treinamento dos revisores, empregou-se uma metodologia que utiliza prontuários-padrão, criados para este fim (Mendes et al, 2008). Os médicos e enfermeiros revisores tinham mais de 20 anos de experiência. Os médicos são de formação clínica. Durante a fase de treinamento, cada revisor teve que avaliar um número de prontuários-padrão. Adotou-se como limite para aprovação no treinamento 80% de concordância com os prontuários-padrão. Todos os revisores treinados atingiram a concordância estabelecida.

Os instrumentos de avaliação do CAES, Formulário de Rastreamento (FR) e Formulário de Avaliação (FA), foram traduzidos e adaptados à realidade dos hospitais no Brasil. A adaptação dos instrumentos foi realizada em 4 fases. A primeira fase consistiu na tradução do inglês para português dos dois formulários (FR e FA) por 2 diferentes tradutores, com posterior comparação entre elas, etapa em que se avaliou cada item traduzido quanto à clareza e adequação à linguagem e à realidade médica brasileira. Na segunda fase, realizou-se um painel de especialistas, formado por profissionais renomados em sua área de atuação, organizado para avaliar, com base em consenso, os critérios de rastreamento a serem utilizados no estudo brasileiro e decidir sobre as discordâncias nas traduções dos formulários FR e FA. A terceira fase constituiu-se na realização de pré-teste dos formulários e do programa computacional, que resultou da informatização dos formulários, seguido de estudo piloto. Por fim, na quarta fase, os formulários FR e FA adaptados foram retro-traduzidos [back translation] por um tradutor profissional, que realizou a retro-tradução dos formulários sem o conhecimento da versão original. Esse processo mostrou-se necessário para a análise da equivalência do instrumento nos dois idiomas (Mendes et al, 2008).

Resultados

A incidência de EA foi 7,6 por 100 pacientes (84/1103), sendo 8,6% por 100 pacientes (76/888) nas internações não obstétricas e 3,7 por 100 pacientes (8/215) nas obstétricas. A proporção de pacientes com evento adverso evitável foi 66,7% (IC 95%: 63,9–69,4). Essa proporção foi 65,8% nos casos não obstétricos e 75,0% nos casos obstétricos. O número de dias adicionais de permanência no hospital atribuído à ocorrência de EAs foi de 615 dias. Atendo-se ao local de ocorrência do evento adverso, verificou-se que a maioria ocorreu na enfermaria (48,5%). Dos casos não obstétricos, 51,7% dos eventos ocorreram na enfermaria, enquanto 50,0% dos casos obstétricos ocorreram no centro cirúrgico. O cuidado prestado durante a internação índice foi o maior responsável pela ocorrência de EA (85,4%), sendo 100% para os casos obstétricos e 83,7% para os não obstétricos. Em 91,3% dos casos, o evento adverso foi detectado na internação índice. Dentre as possíveis causas do evento adverso, observou-se que 35,2% deveram-se ao cuidado cirúrgico. Entretanto, quando se analisaram os casos obstétricos, verificou-se que 57,1% dos eventos foram ocasionados por cuidados obstétricos específicos e 21,4% por causas relacionadas à cirurgia. Como indicado anteriormente, 84 pacientes sofreram algum tipo de evento adverso. Nesses, a proporção de pacientes com pelo menos um evento adverso evitável foi de 66,7% (56 casos). Os pacientes com evento adverso evitável preponderantemente foram hospitalizados por motivos não obstétricos (89,3%) [no total de pacientes = 80,5%]. Dos 56 pacientes com evento adverso evitável, as internações obstétricas corresponderam a 6 casos (10,7%).

Conclusões.

A incidência de EA nos hospitais estudados foi semelhante à encontrada em outros países. No entanto, a proporção de EAs evitáveis foi superior. Essa elevada proporção indica urgência na adoção de medidas para a melhoria da segurança do paciente. Nas pesquisas realizadas nos Estados Unidos da América que tiveram o foco médico-legal, a incidência foi menor: Califórnia (4,6 EAs por 100), Nova York (3,7 EAs por 100) e Utah-Colorado (2,9 EAs por 100). Essa diferença pode ser explicada porque nos estudos médico-legais não foram avaliados EAs que tiveram pouca ou nenhuma consequência para o paciente. Para efeito de comparação com esta pesquisa, os estudos com o foco na melhoria da qualidade, realizados pelos demais países, são os mais adequados. Extrapolando-se a incidência de EA para o total de internações nos três hospitais estudados (27.350), conclui-se que: 2.078 pacientes sofreram EA, sendo que 1.386 desses foram casos de EAs evitáveis. Cabe apontar que a extrapolação desses resultados para a esfera estadual ou nacional apresenta limitações: a amostra não é representativa dos hospitais do Estado do Rio de Janeiro e os critérios de escolha do hospital – possuir prontuários de boa qualidade e ser hospital de ensino – selecionou os melhores hospitais. Normalmente, os hospitais que possuem prontuários bem preenchidos têm melhor qualidade na assistência. Entretanto, considera-se que esses resultados podem indicar a magnitude e as características dos problemas de segurança do paciente em hospitais de ensino no país. Comparação de resultados do estudo brasileiro, excluídos os casos obstétricos, e do CAES.

<i>Características/Estudo</i>	<i>Brasil (%)</i>	<i>CAES (%)</i>	
Incidência de EAs	8,6	7,5	
Proporção de EAs evitáveis	65,8	36,9	
Origem do EA	Diagnóstico	10,6	10,5
	Cirúrgico	37,2	34,1
	Fraturas	0,0	2,2
	Anestésico	1,1	1,9
	Obstétrico	1,1	0,2
	Procedimentos médicos (procedimentos não cirúrgicos)	35,1	7,2
	Medicamentoso	6,4	23,6
	EA não citados em outros itens	1,1	16,9
Eventos do Sistema	7,4	3,0	

Bibliografia

- Mendes W, Travassos C, Martins M, Noronha JC. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Brazilian Journal of Epidemiology* 2005; 8: 393-406.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*, 170: 1678-86.
- Mendes W, Travassos C, Martins M, Marques P. Adaptação

dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Brazilian Journal of Epidemiology* 2008; 11: 55-66.

T00046 - A GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR NO ESTADO DE MINAS GERAIS: A AVALIAÇÃO INICIAL DA QUALIDADE EM 126 HOSPITAIS

Autor: HELIDEA DE OLIVEIRA LIMA; Co-autores: LISMAR ISIS CAMPOS; ANDRÉ LUIZ PEREIRA; MARISA BOTELHO LINHARES

RESUMO

Este trabalho aborda a etapa de avaliação inicial da qualidade em 126 hospitais integrantes do Pro-Hosp, contemplando os requisitos de estrutura e segurança, processos e resultados, tendo como propósito classificá-los para o Prêmio Célio de Castro, para o recebimento de Diagnóstico Organizacional ONA e para o monitoramento pela SES.

O módulo de Apoio Diagnóstico e Terapia - apresentou o menor índice de desempenho, 31,73% e o módulo Dados Gerais, que engloba os requisitos de segurança na gestão foi o de melhor desempenho dos hospitais, com a média de pontuação de 59%, destes, 43,38% obtiveram pontuação acima da média.

PLAVRAS-CHAVE: GESTÃO HOSPITALAR, GESTÃO DA QUALIDADE, ACREDITAÇÃO, AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO.

INTRODUÇÃO

Apenas oferecer serviços não basta, mas sim ter um sistema que atinja o resultado finalístico a que se propõe. Mudanças recentes tornaram a profissionalização dos hospitais indispensável e urgente. Evolução demográfica, revolução epidemiológica, aumento dos custos para incorporação da crescente carga tecnológica, advento e barateamento do uso da Tecnologia da Informação - TI, universalização proposta pelo SUS, entre outros, ocasionaram alterações significativas nos cuidados demandados às diversas unidades de saúde¹.

Donabedian² desenvolveu um quadro conceitual para entendimento da qualidade na saúde a partir de três elementos: estrutura, processo e resultado. Como estrutura, classificou os recursos necessários para a prestação da assistência (físicos, humanos, materiais e financeiros); os processos são todas as atividades envolvendo os profissionais e os pacientes; e o produto final da assistência prestada constitui o resultado.

Em 2002, Minas Gerais enfrentava o elevado déficit fiscal e a ineficiência da máquina administrativa, com o desmonte de suas ações na condução das políticas públicas³. Segundo Anastasia⁴ é preciso reduzir o custo da máquina administrativa por meio de cortes na sua própria estrutura, além de um controle eficaz das ações e dos gastos efetuados pelos agentes públicos. O poder público administrativo deve realizar as ações finalísticas do estado com esmero e reduzir a suas ações nas áreas-meio, ou não-finalísticas. Enfim, destacava-se que a estrutura do setor público deveria estar voltada para a sociedade e não para a organização burocrática.

A implantação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp em 2003, apresenta-se como uma ação do Programa Diretor de Regionalização (PDR) e da construção das redes de atenção à saúde, posto que contempla, preferencialmente, os hospitais de referência dos municípios pólos macro e microrregionais⁵.

O Pro-Hosp visa garantir à população mineira atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade, fundamentado na parceria entre o Estado e os hospitais públicos e filantrópicos prestadores de serviços para o SUS/MG e na participação dos gestores municipais, Conselhos de Saúde Municipal e o Conselho de Saúde Estadual⁵. A ação se consubstancia através do repasse de recursos vinculados às metas e compromissos pré-acordados.

O Objetivo desse trabalho é descrever os resultados da avaliação inicial da qualidade/acreditação aplicada aos hospitais Pro-Hosp, pelo Núcleo de Gestão da Qualidade em Saúde no Plano de Qualidade da SES. Foram conhecidas as experiências mais bem sucedidas em relação à gestão da qualidade, de acordo com os critérios definidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), observados por meio da estrutura e segurança hospitalar, processos organizacionais e gestão por resultados, desempenhados por eles no ano de 2008. 7 O diagnóstico fez parte da 1ª etapa do prêmio de qualidade dos hospitais denominado Prêmio Célio de Castro e definiu os 10 hospitais com maiores pontuações para o recebimento do Diagnóstico Organizacional pela metodologia da Organização Nacional de Acreditação – ONA.

JUSTIFICATIVA

Ao assumir o governo de Minas Gerais em 2003, a atual gestão encontrou um estado com déficit de 2,4 bilhões, serviços públicos ineficientes e muita dificuldade na captação de recursos devido à fragilidade da economia interna. Ações gerenciais foram definidas e conhecidas como “Choque de Gestão”, visando a reorganização de sua estrutura e modernização do seu modelo de gestão. Em 2006, superada a questão fiscal e equilibradas as contas do estado, foi iniciada a segunda etapa do Choque de Gestão denominada “Estado para Resultado”, que através de áreas pré-definidas, busca ações para aumentar a eficiência do estado e garantir resultados efetivos e mensuráveis.

Uma das ações implementadas na área “Vida Saudável” de qualificação foi o Pro-Hosp criado em 2003. Após 5 anos de existência do Programa e mais de R\$400 milhões investidos nos hospitais, surge a necessidade de acompanhar e avaliar a melhoria da qualidade da assistência e da gestão nos Hospitais PRO-HOSP. No mesmo ano a SES pactua com o Banco Mundial a adoção de ações para os hospitais Pro-Hosp, direcionadas ao Sistema de Acreditação ONA como modelo de gestão da qualidade. É criado o Plano de Gestão da Qualidade em Saúde da SES, com ênfase na atenção hospitalar, com o objetivo de disseminar a cultura da qualidade nos hospitais. O Plano contemplou as ações de capacitação, gestão da informação e premiação.

No Brasil, uma parcela pequena de hospitais são certificados e o assunto acreditação começou a ser discutido no âmbito do Ministério da Saúde, a partir de 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS)⁸.

Cabe resaltar que as principais vantagens dos programas de acreditação vão além da certificação propriamente dita. Os processos empreendidos nas fases anteriores e posteriores à avaliação criam na instituição uma cultura pela qualidade, gerando uma auto-avaliação e revisões internas constantes⁹. Diferentemente das certificações exigidas pela Vigilância Sanitária - VISA para permissão de funcionamento, a acreditação acontece por opção das instituições. Seu objetivo é “melhorar a qualidade dos serviços prestados, inclusive para os usuários.”¹⁰ Através dos processos de acreditação, a racionalização da oferta de cuidados promoverá uma melhora permanente nos cuidados prestados pelas unidades de saúde, sendo benéficos para pacientes e comunidade¹⁰.

Este trabalho compreende a ação da gestão da informação, em 2008, na qual foi aplicado o instrumento inicial da qualidade/acreditação para a obtenção do diagnóstico dos 126 hospitais integrantes do Pro-Hosp. Os resultados delineiam o status da qualidade dos hospitais, em relação a

estrutura/segurança, processos e resultados, subsidiando a etapa classificatória da 1ª etapa do Prêmio Célio de Castro, a definição dos hospitais recebedores do Diagnóstico Organizacional ONA, bem como do processo de monitoramento dessas instituições pela SES. Assim, permitindo destacar os setores que melhor contemplam a qualidade quanto os setores com maiores oportunidades de melhoria.

MÉTODOS

O Plano de Gestão da Qualidade em Saúde da SES iniciou suas atividades com a criação do Núcleo de Gestão da Qualidade em Saúde, composto por profissionais dos programas estruturadores e projetos estratégicos da SES e coordenado pelo empreendedor público do Estado para Resultados lotado na SES. Para a realização do diagnóstico da qualidade, foi criado o “instrumento de avaliação inicial da qualidade/acreditação” baseado no Manual de Acreditação Hospitalar ONA e no instrumento de inspeção da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, contendo os requisitos de estrutura/segurança, processos e resultados. A Coordenação de Atenção à Saúde (CAS) da respectiva Gerência Regional de Saúde (GRS) do hospital, validados pela Vigilância Sanitária Estadual (VISA), foram os responsáveis pela aplicação do instrumento, sendo acompanhados pelo Grupo Gestor dos hospitais. A pesquisa teve caráter indutivo com estudo exploratório, através de levantamento bibliográfico e aplicação de questionários estruturados.

O “instrumento de avaliação inicial da qualidade/acreditação” contemplou áreas relacionadas à gestão, apoio e assistência à saúde e foram agrupadas em módulos conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Estratificação dos módulos e suas áreas de avaliação - Fonte: Plano de Qualidade em Saúde/Pro-Hosp/SES-MG, 2008

MÓDULOS	SUB-ITENS – ÁREAS DE AVALIAÇÃO
Módulo 1	
Dados Gerais	A - Dados Gerais
Módulo 2	A - Unidade de Internação Médico-Cirúrgica B - Unidade de Internação Pediátrica C - Unidade de Internação Obstétrica e Alojamento Conjunto D - Neonatologia E - Centro Cirúrgico F - Centro Obstétrico G - Ambulatório
Organização e Atenção ao Paciente	A - Central de Material Esterilizado B - Unidade de Nutrição e Dietética - UAN B1 - Dados Gerais da UAN B2 - UAN C - Lactário D - Farmácia
Módulo 3	E - Almoxarifado F - Serviço de Pronto-atendimento do Paciente - SPP G - Lavanderia G1 - Dados Gerais da Lavanderia G2 - Lavanderia H - Serviço de Manutenção
Apoio Técnico e Administrativo	
Módulo 4	A - Laboratório de Análises Clínicas A1 - Dados Gerais do Laboratório de Análises Clínicas A2 - Laboratório de Análises Clínicas
Apoio Diagnóstico e Terapia	

A população compôs-se por 120 hospitais cadastrados no Programa de Fortalecimento dos Hospitais – Pro-Hosp em situação regular, todos participando da amostra.

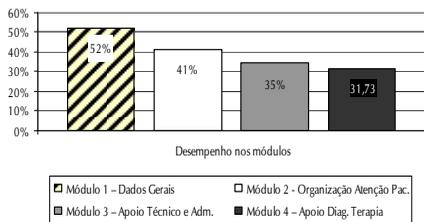
Os profissionais das GRS (CAS E VISA), o Núcleo de Gestão da Qualidade em Saúde da SES, profissionais dos hospitais Pro-Hosp, técnicos e tutores da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais – ESP/MG ligados ao curso de gestão hospitalar Pro-Hosp foram capacitados em módulos de gestão da qualidade para a aplicação e acompanhamento desse diagnóstico.

Os critérios de pontuação foram divulgados no site da SES, tendo sido utilizada a média ponderada, correspondendo a 70% para os requisitos de estrutura e segurança, 20% para os requisitos de processos e 10% para gestão por resultados.

A classificação das vinte instituições com maiores pontuações foi divulgada no site institucional e a pontuação dos 120 hospitais divulgada para as GRS/CAS, correspondentes.

RESULTADOS

O módulo 1 “Dados Gerais” apresentou o maior desempenho e o módulo 4 “Apoio e Diagnóstico” o de menor. Os resultados foram calculados segundo os dados auferidos com a pesquisa exploratória. Estes módulos serão abordados mais detalhadamente.



“Dados Gerais” (Gráfico 2).

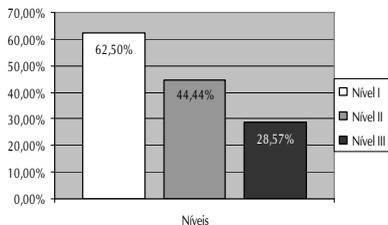
O GRÁFICO 2 compara o desempenho do sub-item “Dados Gerais” nos três níveis. O nível de menor desempenho foi o Nível III (resultados, uso de indicadores e ciclos de melhorias), com média de 28,57% de aproveitamento.

O GRÁFICO 1 mostra o desempenho dos hospitais em cada um dos módulos de avaliação.

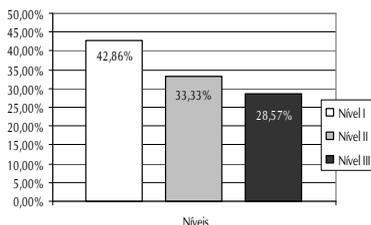
Média dos valores maiores que zero.

Fonte: Plano de Qualidade em Saúde/Pro-Hosp/SES-MG, 2008.

O Módulo 01 – Dados Gerais apresentou média de desempenho de 59%, sendo que 43,38% dos hospitais obtiveram pontuação acima da média. Este módulo contemplou o sub-item



O módulo 02 – Organização e Atenção ao Paciente foi composto pelos sub-itens Unidade de Internação Médico-Cirúrgica; Unidade de Internação Pediátrica; Unidade de Internação Obstétrica e Alojamento Conjunto; Neonatologia; Centro Cirúrgico; Centro obstétrico e Ambulatório. Em relação a este módulo a área que apresentou maior índice de atendimento aos requisitos de qualidade foi o Centro Cirúrgico, apresentando a média de 60,33% e a com o menor índice foi o ambulatório, apresentando uma média de 45,91%.



apresentando uma média de 38,16%.

O módulo 4 - Apoio Diagnóstico e Terapia - apresentou o índice de desempenho de 31,73%. Por isso constitui-se no maior desafio nesta pesquisa. Teve como sub-itens "Dados Gerais do Laboratório de Análises Clínicas" e "Laboratório de Análises Clínicas". O sub-item "Dados Gerais do Laboratório de Análises Clínicas" apresentou o menor desempenho com a média de 38,37%.

O GRÁFICO 3 compara o desempenho do sub-item nos três níveis deste módulo. O I de menor desempenho foi o Nível III (resultados, uso de indicadores e ciclos de melhorias) com média de 28,57% de aproveitamento. Nenhum dos itens alcançou patamares acima de 50%. Este sub-item avaliou os quesitos Recursos Humanos, Condições Organizacionais, Estatística, Infra-Estrutura Física Funcional e Condições de Saneamento.

Média dos valores maiores que zero.

Fonte: Plano de Qualidade em Saúde/Pro-Hosp/SES-MG, 2008.

CONCLUSÕES

A avaliação inicial da qualidade/acreditação dos hospitais pertencentes ao Pro-Hosp cumpriu seus objetivos principais: iniciar a disseminação da cultura da qualidade e servir de fonte de informações para o monitoramento e subsídios para o direcionamento mais eficaz dos recursos públicos nos investimentos necessários à melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS. Além disso, permitiu classificar os hospitais para a 2ª etapa do Prêmio Célio de Castro e identificar os hospitais que receberam da SES o Diagnóstico Organizacional por instituição acreditadora credenciada pela ONA, totalizando 10 diagnósticos neste ciclo 2008. Nos ciclos 2009 e 2010 serão viabilizados 70 diagnósticos ONA.

As metas e compromissos assumidos acordados com os hospitais Pro-Hosp, em 2009, devem ser direcionadas ao atendimento das oportunidades de melhoria e na consolidação dos pontos fortes identificados.

BIBLIOGRAFIA

- BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: jan/ 2009. doi: 10.1590/S0104-12902008000100005.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 1988.
- VILHENA, R; MARTINS, H.F; MARINI, C; GUIMARÃES, T. B. O choque de Gestão em Minas Gerais – Políticas da Gestão Pública para o desenvolvimento. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006
- ANASTASIA, A. A.Prefácio. *Cadernos BDMG*. Belo Horizonte, n.12, abr, 2006b.
- MINAS GERAIS. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2003-2020. Secretaria de Estado do Planejamento e Gestão, coord. Belo Horizonte, 2003a. Disponível em www.seplag.mg.gov.br/governo/publicacoes/plano_mineiro_des_integrado.asp. Acessado em 20/01/2009.
- DÍÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Edital de Convocação nº007/2008 pela Resolução SES / MG, nº1505. Belo Horizonte: 2008.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta paulista de enfermagem*, v.18, n.2, São Paulo, abr./jun. 2005.
- ONA. Histórico Disponível, 2008a em http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=historico Acessado em out/2008
- ROSA, A. G. et al. Sistematização da assistência no contexto da acreditação hospitalar na UTI. 2008. Disponível em http://artigoscientifico.uol.com.br/uploads/artc_1217713490_77.doc. Acessado em 21/01/2009.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.45, n.4, set./dez. 1999.

TO0047 - GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR EM MINAS GERAIS – A AVALIAÇÃO DOS HOSPITAIS PRO-HOSP NO 1º PRÊMIO CÉLIO DE CASTRO

Autor: LISMAR ISIS CAMPOS; Co-autores: NÍVIA MARIA NEVES; HELIDEA DE OLIVEIRA LIMA; HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO

PALAVRAS-CHAVE: gestão da qualidade, gestão hospitalar, avaliação, acreditação, indicadores.

RESUMO

A qualidade ganha importância no ambiente hospitalar e no âmbito público como ferramenta de adequação da gestão focada na eficiência do serviço e eficácia das técnicas. O governo de Minas Gerais implantou o Plano de Gestão da Qualidade para estimular sua adoção nos hospitais do SUS. Uma das ações estratégicas deste Plano foi a criação do sistema de premiação da atenção hospitalar, denominado Prêmio Célio de Castro. Este trabalho analisa os resultados obtidos nas avaliações in loco realizadas em hospitais públicos e filantrópicos a fim de premiar aqueles que já apresentam práticas de gestão voltadas para a qualidade.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição da República do Brasil de 19881 “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 outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Apesar da garantia constitucional, a saúde vem enfrentando uma grave crise de gestão e qualidade. Baixa capacidade operacional, fraco poder decisório, controle essencialmente formal e sem qualidade, além das constantes influências políticas externas, caracterizam uma boa parte dos serviços públicos2.

O uso eficiente dos recursos na área da saúde é uma preocupação de instituições de saúde e autoridades em todo o país. A alocação apropriada dos recursos não é uma tarefa fácil, e as decisões sobre essa alocação, quando baseadas em dados objetivos, aumentam a sua aceitação e sustentabilidade3. Torna-se assim, imperativo que através de planejamento, execução e controle, os serviços sejam executados a custos previsíveis, atenuando os conflitos inerentes a esse processo4. Faz-se necessário então aprimorar e desenvolver a qualidade em qualquer setor do mercado de assistência à saúde5.

A partir desse cenário surgiu a necessidade de mudanças na gestão hospitalar. Segundo a literatura, gestão hospitalar é o gerenciamento das atividades e processos de decisão cujo objetivo é garantir a execução da missão da instituição6. Segundo Ibanéz e Neto2, a eficiência é o maior desafio para a gestão hospitalar, sendo fundamental que os hospitais aperfeiçoem sua capacidade de produzir bons resultados.

O enfoque do gerenciamento na área da saúde está mudando de uma visão “centralizada e linear” para uma abordagem sistêmica na qual se deve dar atenção para as relações entre os diferentes componentes pertinentes ao sistema de saúde7. Assim, surge a necessidade de implantação da gestão da qualidade no setor hospitalar, levando a modernização da gestão, através da adoção de ações que visam à melhoria contínua. 7

Bittar8 define qualidade em saúde como o grau no qual os serviços prestados ao paciente aumentam a probabilidade de resultados favoráveis.

No Brasil, a gestão da qualidade na saúde surgiu a partir das alterações no cenário de saúde nas últimas décadas, que levou a discussão sobre novos modelos de gestão9.

O Governo do Estado de Minas Gerais tem incentivado à modernização da gestão desde o início do Governo Aécio Neves, a partir do desenvolvimento de um planejamento no qual foi proposto um novo modelo de administração pública, garantindo o máximo de benefícios à população, com o mínimo possível de gastos, através da racionalização dos processos, definição clara dos resultados esperados e instauração de mecanismos eficazes de controle das ações10.

A implantação do Programa de Fortalecimento dos Hospitais e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp é uma das ações do Governo do Estado de Minas Gerais para modernização da gestão nos setores de saúde11. O Pro-Hosp se propõe garantir à população mineira atendimento hospitalar de qualidade e resolutivo. O programa fundamenta-se na parceria entre o Estado e os hospitais públicos e filantrópicos prestadores de serviços para o SUS/MG11. O programa contempla os hospitais de referência dos pólos macro e microrregionais definidos de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), e objetiva a implantação de ações de melhoria da qualidade e fortalecimento da oferta de serviços assistenciais através da adequação física, da aquisição de novos equipamentos ou mesmo da gestão11.

Em 2008, a SES/MG estabeleceu o Plano de Gestão da Qualidade em Saúde a fim de acompanhar e avaliar a melhoria da qualidade da assistência e da gestão dos hospitais Pro-Hosp. Como parte desse Projeto criou-se o Prêmio Célio de Castro, com o objetivo de, através de avaliações, reconhecer as ações bem sucedidas de gestão da qualidade implementadas pelos hospitais integrantes do Pro-Hosp, assim como fomentar ações para maior eficiência dos serviços públicos de saúde. O nome Célio de Castro é em homenagem ao médico e político que participou da implantação dos primeiros Centros de Terapia Intensiva – CTI s – de Minas Gerais, e das lutas políticas a favor da democracia e dos movimentos sociais. As avaliações do Prêmio foram realizadas em duas etapas, sendo a primeira de avaliação e seleção, utilizando a metodologia de auto-avaliação, e a segunda etapa classificatória realizada de forma presencial pelos avaliadores das SES/MG, a fim de premiar as quatro instituições que apresentassem as melhores práticas de gestão12.

A realização do Prêmio possibilitou uma análise detalhada do desempenho de alguns hospitais públicos e filantrópicos de Minas Gerais em áreas estratégicas como gestão e assistência, através de uma avaliação sistêmica realizada nos moldes de avaliação para acreditação de baseada na metodologia ONA.

O objetivo desse trabalho é analisar o desempenho dos hospitais Pro-Hosp avaliados na 2ª etapa do Prêmio Célio de Castro em áreas de gestão e assistência.

JUSTIFICATIVA

Cada vez mais é exigido aos prestadores de cuidados o desenvolvimento da gestão da qualidade baseada em critérios aplicáveis aos seus processos13. A melhoria de todo processo deve basear-se em dados mensuráveis 13.

A partir das análises do desempenho dos hospitais Pro-Hosp classificados para a 2ª etapa do Prêmio torna-se possível a geração de dados norteadores de processos para instituições de saúde.

MÉTODOS

O Prêmio Célio de Castro foi criado pela SES/MG no primeiro semestre de 2008, com o objetivo de fomentar o uso da gestão da qualidade nos hospitais Pro-Hosp, a partir da premiação daqueles que demonstrassem melhores práticas de gestão.

A participação no Prêmio Célio de Castro foi assegurada a todos os hospitais do Pro-Hosp em situação regular com o Programa e que, através do Termo de Adesão, manifestassem o desejo em participar do mesmo. Na data da divulgação do Edital haviam 126 hospitais cadastrados no Programa de Fortalecimento dos Hospitais – Pro-Hosp.

O processo de avaliação do Prêmio foi de responsabilidade do Núcleo de Gestão da Qualidade da SES/MG, sob a coordenação da empreendedora pública em exercício no Pro-Hosp, e foi constituído de duas etapas interligadas e sequenciais: a primeira etapa de avaliação e seleção dos hospitais e a segunda etapa classificatória.

Os hospitais foram classificados por categoria, de acordo com o Certificado de Acreditação ONA, conforme o item 5.3 do Edital 12:

- Categoria 1: Hospitais com Certificado de Acreditação ONA, correspondente ao nível 3 – “Acreditado com Excelência”;
- Categoria 2: Hospitais com Certificado de Acreditação ONA, correspondente ao nível 2 – “Acreditado Pleno”;
- Categoria 3: Hospitais com Certificado de Acreditação ONA, correspondente ao nível 1 – “Acreditado”;
- Categoria 4: Hospitais não acreditados.

Para a avaliação da 1ª Etapa do Prêmio foi aplicado o “Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais Pro-Hosp / Política de Acreditação – ONA”, 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 foi aplicado pelo Grupo Gestor de cada hospital e pela Coordenação de Atenção à Saúde (CAS) de sua respectiva Gerência Regional de Saúde (GRS), validados pela Vigilância Sanitária Estadual da SES/MG (VISA). Para efeito de classificação, foram consideradas as instituições que enviaram em tempo hábil o Termo de Adesão ao prêmio até 21/07/2008, totalizando assim, 56 instituições. Os avaliadores do Núcleo de Gestão da Qualidade procederam a avaliação dessas instituições através da compilação dos dados do Instrumento de Avaliação da Primeira Etapa e somatória simples dos pontos sendo pontuado em 1 (um) ponto cada resposta positiva e 0 (zero) cada resposta negativa. Segundo esse processo, foram selecionados os 20 hospitais com maiores pontuações para a avaliação presencial da 2ª etapa com a finalidade de identificar as evidências das práticas de gestão da qualidade.

Para realização das visitas, foram escaladas Equipes Avaliadoras, composta por membros do Núcleo de Gestão da Qualidade e convidados, profissionais com ampla experiência em gestão hospitalar, gestão da qualidade e avaliação de serviços de saúde, munidos do “Roteiro para Análise dos Pontos Críticos da Instituição”, que consistiu na síntese do instrumento inicial, focado na estrutura, processos e gestão da instituição contemplando as áreas críticas da mesma.

De acordo com o Edital 12, os hospitais classificados nas categorias 1, 2 ou 3 estariam dispensados da visita. As visitas foram então planejadas para as instituições enquadradas na categoria 4 (hospitais não acreditados), totalizando 18 instituições. Durante o processo, um dos 18 hospitais expressou formalmente sua desistência em participar da avaliação da 2ª Etapa e conseqüentemente de concorrer ao Prêmio Célio de Castro. Por esse motivo, 17 instituições receberam a visita de avaliação.

A avaliação da 2ª etapa contemplou 25 áreas conforme quadro abaixo:

ÁREAS DE AVALIAÇÃO

Documentos	Laboratório
Biossegurança	Gestão
Gerenciamento do risco	Prontuário do Paciente
Eventos sentinelas	Assistência Farmacêutica
Gestão de pessoas	Assistência Nutricional
Corpo clínico	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH
Enfermagem	Higiene
Unidade de Internação	Estrutura Física
Ambulatório	Manutenção Predial
Centro cirúrgico/anestesiologia	Manutenção de Equipamentos
Central de material esterilizado – CME	Saúde e Segurança Ocupacional
Maternidade de Berçário	Política de Humanização
Neonatalogia	

Para calcular a pontuação final foram utilizadas médias ponderadas. Esse tipo de cálculo foi escolhido uma vez que alguns hospitais não possuíam setores específicos, como por exemplo, maternidade. Após essa etapa, os avaliadores reuniram-se para validação da pontuação final dos hospitais. A classificação das instituições foi submetida à apreciação de Comissão Julgadora, constituída por 3 (três) profissionais com experiência reconhecida na área, para validação do resultado final. A partir da validação final foram conhecidos os 4 hospitais vencedores do 1º Prêmio Célio de Castro, e selecionados os 10 hospitais

com melhores pontuações e que ainda não possuíam certificação ou diagnóstico ONA para receberem o “Diagnóstico Organizacional” viabilizado pela SES/MG.

A premiação consistiu no repasse de recursos financeiros destinados à manutenção ou obtenção da acreditação hospitalar. O primeiro colocado recebeu R\$400.000,00, o segundo R\$300.000,00, o terceiro R\$200.000,00 e o quarto colocado recebeu R\$100.000,00.

RESULTADOS

De acordo com GRÁFICO 1 é possível analisar o desempenho médio dos 17 hospitais em cada uma das 25 áreas avaliadas na 2ª etapa do Prêmio Célio de Castro.

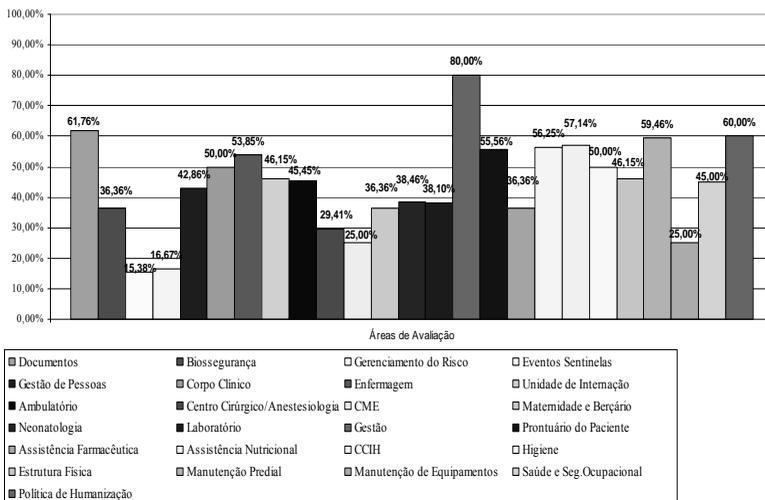
Nesse momento cabe análise individual das duas áreas onde os 17 hospitais Pro-Hosp avaliados apresentaram melhor desempenho, assim como das duas áreas com o menor desempenho (GRÁFICO 2).

“Gestão” foi a área onde os hospitais apresentaram o melhor desempenho. A metodologia do Pro-Hosp foi decisiva para a obtenção desse resultado, pois fomentou, através do Plano de Metas e Compromissos assinado anualmente com os hospitais, o desenvolvimento da gestão nas instituições. Os hospitais apresentaram desempenho médio geral de 80%, sendo que 52,94% desses hospitais obtiveram pontuação acima da média.

A área “Documentos” foi onde os hospitais obtiveram o segundo melhor desempenho. Por ser uma área que aborda preferencialmente o Nível I de complexidade – Estrutura e Segurança -, era esperado que os hospitais tivessem um bom desempenho nesse item, já que ele é pré-requisito para a boa condução de seus processos. Os hospitais apresentaram desempenho médio geral de 61,76%, sendo que 47,06% desses hospitais obtiveram pontuação acima da média.

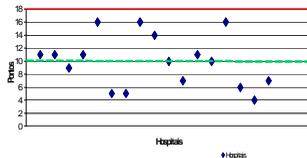
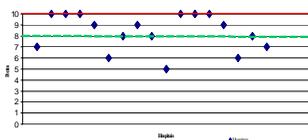
“Gerenciamento do risco” foi a área de pior desempenho na 2ª Etapa. Durante as avaliações foi constatado que a prática de gerenciamento do risco é incipiente na maioria dos hospitais. Apresentaram desempenho médio geral de 15,38%, sendo que 35,29% desses hospitais ficaram com pontuação acima da média.

Média das Áreas de Avaliação

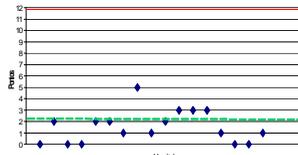
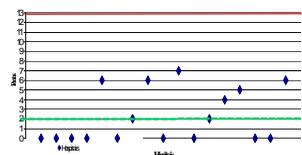


A área “Eventos Sentinelas” foi onde os hospitais obtiveram o segundo pior desempenho na 2ª Etapa. Isso se deve ao fato de que a cultura de monitoramento dos eventos sentinelas não está disseminada entre os hospitais. Os hospitais apresentaram desempenho médio geral de 16,67%, sendo que 47,06% desses hospitais ficaram com pontuação acima da média.

Quadro gráfico comparativo das duas áreas de melhor desempenho e das duas de pior dos hospitais:



Legenda:
 Ordem dos Gráficos: Gestão – Prontuário do Paciente
 Gerenciamento do Risco – Eventos Sentinelas
 — Média dos valores maiores que zero.
 — Valor máximo



CONCLUSÃO

A implantação de programas de qualidade e a consequente certificação ou acreditação decorrente, reveste-se de grande importância à medida que proporciona a diminuição nos índices de custos e morbi-mortalidade, atingindo uma maior parcela da população com maior satisfação a usuários e provedores de cuidados.

A avaliação presencial dos hospitais foi essencial para diagnosticar a situação dos mesmos em cada área de atuação, e servir de embasamento para o planejamento das ações públicas focadas em áreas que requerem maior atenção, fomentando melhorias que precisam ser feitas a fim de garantir a assistência à saúde segura e de qualidade. Também possibilitou a premiação de 04 hospitais disseminando a cultura de qualidade na atenção hospitalar do Estado.

BIBLIOGRAFIA

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acessado em 19/01/2009.
- IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, supl.0, 2007, p.1831-1840.
- ROONEY, A. L.; OSTENBERG, P. R. Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde. In: Série de Aperfeiçoamento sobre a Metodologia de Garantia de Qualidade. Projeto de Garantia de Qualidade, Center of Human Service, Bethesda, EUA, 35p. 1990.
- RUTHES, R. M., CUNHA, I. C. K. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v.9, n.36, p.93-102, 2007.
- PAIM, C. R. P.; CICONELLI, R. M. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v.9, n.36, p. 85-92.
- LINO, K. M. S.; GONÇALVES, M. F.; FEITOSA, S. L. Administração Hospitalar por competência: o administrador como gestor hospitalar. Escola Superior da Amazônia, Belém, 2008. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/producao_academica/administracao_hospitalar_por_competencia_oadministrador_como_gestor_hospitalar/767>. Acessado em 20/01/2009.
- BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F.J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 17, n.1, p.44-60, 2008.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. Revista Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 46, n. 1, 2000.
- LONGO, R. M. J. Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. Texto para discussão n.397. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 14p. Brasília, 1996.
- ANASTASIA, A. A. Governo adotará uma gestão participativa. Revista Legislativa, Belo Horizonte, n.35, p. 66-71, 2002.
- MINAS GERAIA. Secretaria de Estado de Saúde. Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp). Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro, 92p. Belo Horizonte, 2006.
- MINAS GERAIS. Edital de Convocação nº007/2008. 1º Prêmio Célio de Castro. Secretaria de Estado de Saúde. Belo Horizonte, 2008. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/editais/premio-celio-de-castro/Edital%20Premio%20Celio%20Castro.pdf>. Acessado em 10/10/2008.
- COMISSÃO PERMANENTE DOS HOSPITAIS DA UNIÃO EUROPEIA – HOPE. A qualidade dos cuidados de saúde. 37p. Portugal, 2000.

T00053 - PROGRAMA DE QUALIDADE SISTÊMICO É SEU? NÃO É MEU! É NOSSO. O PROBLEMA E A SOLUÇÃO

Autor: LUCIENE CARVALHO MENDES GIUSTI

RESUMO

O presente trabalho relata um Programa de Qualidade desenvolvido em Instituição de Assistência Domiciliar em Saúde no ano de 2007.

O objetivo deste programa era promover a maturidade dos colaboradores na utilização de ferramentas disponíveis na Gestão da Qualidade e envolvê-los em ciclos de melhorias sistêmicas, onde todos pudessem se comprometer com os problemas, soluções e resultados organizacionais.

Deste programa surgiram diversos projetos que foram implantados na sua totalidade ou customizados, resultando em melhorias para a qualidade de vida dos colaboradores, ações sociais, agilidade e facilitação de processos, redução de custos, identificação de talentos e sentimento de valorização profissional.

INTRODUÇÃO

Dentro do processo de qualidade muito frequentemente verificamos comportamentos defensivos e resistentes dos colaboradores diante da implantação do instrumento de não conformidade nas Instituições.

É comum que no início do processo de implantação desta ferramenta, todos procurem apresentar justificativas para as não conformidades, não aceitem recebê-las e acreditem que devam ser encaminhadas a outros processos que não o seu.

Com esta postura cria-se um clima organizacional de isolamento e individualismo dos processos que nada agrega ao sistema. O colaborador personifica a falha na sua pessoa e não no processo.

Acreditamos que acima dos resultados individuais de cada pessoa ou processo deva haver a supremacia dos resultados do sistema. Com este enfoque toma-se mais fácil lidar com as não conformidades e visualizá-las como um instrumento pedagógico importante na busca constante da melhoria dos processos.

JUSTIFICATIVA

Neste contexto este projeto foi justificado visando o cooperativismo e a interação entre todos os colaboradores na busca de idéias e soluções para os gargalos sistêmicos da Instituição, independente dos processos aos quais pertenciam.

Embora possa parecer estranho, a história das grandes idéias contraria toda a lógica do pensamento formal. Muitas vezes, imagina-se que as grandes idéias sejam privilégios de cientistas ou de pessoas geniais. Entretanto a experiência mostra que todas as pessoas, quando estimuladas, geram idéias originais e criativas que melhoram as suas vidas e os lucros das empresas.

Tínhamos como objetivos:

- Conscientização dos colaboradores de que o resultado do sistema é mais importante que o resultado individual dos processos.
- Reforçar interação entre os colaboradores de diversos processos.
- Envolver os colaboradores na busca de soluções para dificuldades pertinentes ao sistema.
- Possibilitar o desenvolvimento de projetos e novas idéias que possam ser aproveitadas em parte ou totalmente pela alta administração
- Desenvolver criatividade e sentimento de valorização profissional nos colaboradores

MÉTODO

Cerca de cinquenta colaboradores das mais diferentes áreas, processos e cargos foram divididos em 5 grupos e deveriam optar por um dos temas críticos para a Instituição a fim de participarem de uma competição organizacional: Os temas definidos eram:

- Fluxo assistencial do paciente: da implantação ao desmame
- Novo modelo da equipe visitadora
- Novo modelo de avaliação e implantação
- Integração dos escritórios de Santos/ Campinas/ São Paulo
- Qualidade de vida no trabalho
- Logística de materiais, medicamentos e equipe visitadora
- Capacitação dos cooperados
- Gestão da Informação

Os líderes de cada projeto possuíam cargos gerenciais e foram previamente definidos estrategicamente pela Direção e Escritório de Qualidade, de acordo com os temas.

Evitamos que dois ou mais colaboradores do mesmo setor, estivessem presentes no mesmo grupo de trabalho.

Cada grupo deveria escolher um nome, um secretário, um apresentador e um assistente de comunicação, que junto aos demais deveriam desenvolver o projeto.

Todos os colaboradores foram responsáveis pelo projeto, entretanto algumas funções foram definidas:

• Líder: Auxiliaria o grupo no desenvolvimento do projeto, sem no entanto, conduzir ou impor sua opinião. Estimularia e valorizaria as boas idéias, decidindo em momentos de discordância. Foi responsável também pelo diário de campo e pelo controle de presença nas reuniões do grupo.

- Secretário: Responsável em descrever e buscar dados e fontes importantes para o desenvolvimento do projeto.
- Apresentador: Responsável pela apresentação final do projeto
- Assistente de comunicação, responsável pela promoção e comunicação do projeto, da forma que cada grupo julgasse adequado.

Deveria constar do projeto básico de cada grupo:

- Nome do projeto e do grupo
- Objetivo
- Logomarca
- Recursos necessários para implantação: pessoas, materiais, equipamentos, investimentos.
- Estratégia
- Descrição de Plano para implantação

Cada grupo definiu seu cronograma de reuniões para desenvolvimento das atividades, compondo um total de 4 encontros semanais com duração de uma hora e meia cada um. Durante todo o processo de desenvolvimento dos projetos e reuniões, o Escritório de Qualidade coordenou as atividades, realizando suporte técnico, motivação e auxílio aos grupos. Promoveu a divulgação de frases e textos motivacionais sobre qualidade, trabalho e resultado sistêmico.

Cada grupo dispôs de uma verba para realizar a divulgação de seu projeto e apresentação final.

Após o prazo de um mês cada grupo, expôs seu projeto à avaliação da Diretoria e Presidência da empresa.

Os trabalhos foram avaliados segundo os seguintes critérios:

- Proposição de ações resolutivas e viáveis de implantação
- Participação de todos os membros do grupo
- Envolvimento e animação dos colaboradores
- Criatividade

O grupo vencedor recebeu uma recompensa premiada.

RESULTADOS

Dentre os resultados obtidos estão:

1- A criação e implantação de projetos relacionados à gestão de pessoas:

Anteriormente a empresa não apresentava canais facilitadores de comunicação dos colaboradores com o corpo diretivo para troca de informações, sugestões de melhoria ou programas voltados a qualidade de vida do colaborador. Com a implantação de um dos projetos relacionados a programa de qualidade de vida no trabalho, implantamos:

- Check-up de saúde dos colaboradores, que atualmente estão inseridos em um programa de gerenciamento e promoção de saúde,
- Campanhas sociais de arrecadação de agasalhos e brinquedos,

· Ação social da empresa em Centro comunitário, com a participação de equipe multiprofissional em saúde, melhorando as condições de saúde de cerca de 140 crianças,

· Comunicafé: café da manhã bimestral da Diretoria junto com colaboradores operacionais para troca de informações e relacionamento. Este projeto aproximou a alta administração do operacional, trazendo maior segurança dos colaboradores nas decisões da empresa e permitindo maior compreensão da Diretoria sobre os problemas operacionais.

· Antenado: caixa de sugestões de melhorias para que os colaboradores se manifestassem e pudessem ser premiados pelas sugestões implantadas. Este projeto já premiou diversos colaboradores que sugeriram mudanças que facilitaram nossa comunicação com os pacientes, cuidadores, redução de custos e otimização de espaços dentro da empresa.

2- O aperfeiçoamento da assistência ao paciente e processos de informação:

Anteriormente ao programa, apresentávamos falhas constantes e lentidão na elaboração de orçamentos dos planejamentos terapêuticos dos pacientes candidatos a assistência domiciliar por precariedade das informações advindas da avaliação.

Com a implantação de parte do projeto relacionado ao tema “Novo modelo de avaliação e implantação de pacientes” e “gestão da informação” conseguimos:

· Customizar nosso sistema operacional de modo que a enfermeira avaliadora ao visitar o paciente no Hospital já lança imediatamente no sistema, as informações de avaliação, reduzindo com isso, erros no planejamento terapêutico do paciente, aumentando sua segurança e proporcionando maior qualidade e agilidade do processo.

3- A implantação do setor de logística:

Anteriormente ao programa, tínhamos o setor da farmácia, responsável pela entrega de materiais e medicamentos nos domicílios, em carros próprios da empresa. Estas entregas eram conciliadas com as escalas médicas e de equipe multiprofissional que semanalmente eram alteradas e refeitas.

· Hoje possuímos um setor próprio para isso, que regionalizou as escalas de visitas das equipes de saúde e tercerizou as entregas de materiais e medicamentos, reduzindo custos, aumentando a segurança e agilidade nas entregas.

4- O aperfeiçoamento do processo da equipe médica visitadora

Anteriormente ao programa, todos os médicos saíam para as visitas domiciliares em carros da empresa, juntamente com outros membros da equipe.

Entretanto havia muitos casos onde a visita médica não necessariamente precisava ocorrer junto com a enfermagem. Com isso, médicos e enfermeiros tinham escalas rígidas desnecessárias.

· Atualmente implantamos as escalas avulsas dos médicos e enfermeiros possibilitando a eles, maior gerenciamento de seu tempo, reembolsando o combustível utilizado para o trajeto.

5- Amadurecimento dos colaboradores na gestão da Qualidade:

Anteriormente os colaboradores reagiam de maneira muito pessoal à ferramenta da não conformidade: ofendendo-se ou deixando de utilizá-la para evitar conflitos pessoais.

· Com o programa anulamos completamente o padrão negativo de reação dos colaboradores diante das não conformidades. Atualmente aumentamos o número das notificações e aperfeiçoamos nossas análises de causa e planos de ação.

· Amadurecemos no conceito de visão sistêmica e responsabilização conjunta pelos resultados, controlando melhor cada processo e intensificando as interações formais de acordos entre eles a fim de evitar quebras na cadeia produtiva.

6- Aumento da motivação do colaborador, sentimento de valorização e identificação de talentos no capital humano.

Com o programa, os colaboradores passaram a se sentir mais atuantes nos processos e desenvolvimento da empresa, gerando muitas idéias e estimulando a criatividade e um bom clima organizacional. Após a apresentação dos projetos, alguns colaboradores foram promovidos e transferidos de setor com a identificação de talentos anteriormente ocultos.

CONCLUSÃO

A Qualidade e melhoria contínua é um valor que precisa ser cultivado dentro das Instituições, em todos os níveis hierárquicos. Não se trata de algo que possa ser imposto ou treinado, mas que deva ser construído juntamente com o desenvolvimento profissional do colaborador.

O envolvimento do profissional na busca de idéias e desenvolvimento de projetos de melhorias proporciona um excelente aprendizado que pode resultar em diminuição de retrabalho, otimização dos recursos e processos, aumento da motivação dos colaboradores e inovação para a empresa.

Palavra Chave: não conformidade, qualidade, projetos, programa, melhoria contínua

T00054 - A PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES PEDIÁTRICAS PAUTADA NO MODELO AVALIATIVO DONABEDIANO

Autor: MARTA MARIA MELLEIRO; Co-autor: DAISY MARIA RIZATTO TRONCHIN

RESUMO: o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de acompanhantes-usuários e de enfermeiros acerca da qualidade assistencial pautada no modelo Donabediano. Foi realizado em unidades pediátricas do Hospital Universitário da USP e a população constituída de 22 enfermeiros e 192 acompanhantes. A coleta de dados ocorreu em 2006, através de um questionário empregando-se uma escala de Likert. A análise deu-se por meio da estatística descritiva. Os resultados das dimensões avaliadas de estrutura, processo e resultado apresentaram diferença estatística significante. Quanto à favorabilidade dos escores das dimensões, a de estrutura obteve o menor escore, requerendo maior atenção dos profissionais da instituição.

DESCRITORES: Qualidade de Assistência à Saúde, Avaliação em Saúde, Enfermagem

INTRODUÇÃO

A percepção de usuários e de profissionais sobre os serviços oferecidos pelas instituições de saúde vem sendo considerada um importante instrumento para o desenvolvimento dos processos de trabalho assistencial e gerencial. Nessa direção, propiciando aos gerentes desses serviços, reverem suas metas no intuito de satisfazer as expectativas dos usuários e de seus trabalhadores.

Com relação aos usuários, conhecer o grau de satisfação, suas impressões e opiniões relacionadas ao atendimento em saúde, constitui-se em uma relevante ferramenta de gestão a ser utilizada no planejamento e no aprimoramento da qualidade das ações de saúde(1).

Considerando a percepção do usuário, pode-se obter um conjunto de conceitos e atitudes relacionados ao atendimento recebido, os quais por proporcionarem a reorganização das ações de saúde, representam uma das formas para se avaliar a qualidade dos serviços(2).

Portanto, a avaliação dos serviços de saúde envolve a coleta sistemática de informação sobre as atividades, características e resultados dos programas, recursos humanos e produtos à disposição de pessoas, para reduzir incertezas e tomar decisões em relação ao o quê esses programas realizam e qual o seu impacto em uma determinada realidade (3).

Assim, a avaliação é vista como uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de tomada de decisão. Para tanto, é necessário que se defina, claramente, o para quê se está fazendo a avaliação, ou seja, que se tenha claro que a avaliação deverá ser feita tendo como beneficiário final o usuário do serviço ou programa e não unicamente quem a solicitou (4).

Com a finalidade de atender às demandas dos usuários, os serviços de saúde devem ser avaliados, periodicamente, procurando-se responder às seguintes questões propostas por Donabedian1: A infra-estrutura existente atende às necessidades dos usuários? Os processos estão ocorrendo de maneira adequada? Os resultados obtidos são bons? Os usuários estão satisfeitos? As soluções para essas questões apontam que a qualidade não se constitui num atributo abstrato, mas é construída por meio da avaliação de estrutura-processo-resultado(5).

Outra questão a ser considerada na avaliação de serviços de saúde, diz respeito à bagagem conceitual dos trabalhadores atuantes nesses estabelecimentos, por deterem elementos intrínsecos ao processo avaliativo como a percepção e a experiência profissional. Desse modo, discutir qualidade como produto do trabalho das pessoas significa compreendê-las, bem como considerar suas percepções acerca dos fenômenos organizacionais, buscando valorizá-las e incluí-las no processo para a melhoria da qualidade dos serviços(6).

Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de acompanhantes e de enfermeiros das unidades de Pediatria e de Terapia Intensiva Pediátrica/Neonatal, de um hospital de ensino, acerca da qualidade assistencial pautada no modelo Donabedian.

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, realizado em unidades de pediatria e de terapia intensiva pediátrica e neonatal (UTIP/N) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

A população foi constituída por 22 enfermeiros que atuavam nas referidas unidades e por 192 acompanhantes-usuários de crianças internadas.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ensino e Pesquisa (CEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP) do HU-USP. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96.

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2006, por meio de um questionário composto por duas partes: a primeira parte de dados sociodemográficos e a segunda de proposições positivas e negativas, acerca da qualidade assistencial, empregando-se uma escala de Likert com cinco graus, a saber: discordo totalmente (DT), discordo parcialmente (DP), indiferente (I), concordo parcialmente (CP) e concordo totalmente (CT).

A construção do instrumento foi baseada em revisão de literatura, com enfoque na qualidade assistencial e na avaliação de serviços, procurando-se, ainda, acrescentar assertivas que expressassem a vivência das pesquisadoras referente à temática descrita.

Frente aos referenciais utilizados para avaliação da qualidade em saúde, optou-se pelo modelo Donabedian1, composto pelos componentes de estrutura, de processo e de resultado.

O questionário foi considerado fidedigno, ao ser submetido à validação de conteúdo por sete especialistas e à consistência interna por meio do valor de Alpha de Cronbach(7,8).

Os dados foram organizados em planilha eletrônica programa Excel® 97 e analisados por meio dos recursos de computação do sistema Statistic Package for Social Sciences. O tratamento dos dados foi realizado por meio da estatística descritiva e na comparação dos escores das dimensões, utilizou-se os testes não-paramétrico de Friedman e o de Fisher(9).

RESULTADOS

Na caracterização dos 192 acompanhantes verificou-se que 174 (90,6%) eram constituídos de pais das crianças, seguido por avós e tios. Quanto ao sexo constatou-se que 160 (83,3%) acompanhantes eram do sexo feminino e que a média de idade foi de 29,6 anos.

Com relação aos 22 enfermeiros, observou-se-se que 21 (95,5%) eram do sexo feminino, com idade média de 35 anos e de 11,5 anos de experiência profissional. Desses 14 (63,7%) possuíam pós-graduação lato ou stricto sensu.

No que tange às dimensões avaliativas de estrutura, processo e resultado foram encontrados os resultados abaixo. A dimensão de estrutura envolve proposições acerca de recursos humanos, materiais e hotelaria hospitalar.

Tendo em vista que para os acompanhantes-usuários a assertiva proposta foi "Houve falta de pessoal de enfermagem para cuidar das crianças internadas", constatou-se que 167 (87%) discordaram totalmente, apontando percepção positiva em relação ao quantitativo de pessoal. Por outro lado, para os enfermeiros, observou-se não haver tendência nas respostas, pois os percentuais de concordância e discordância mostraram-se próximos.

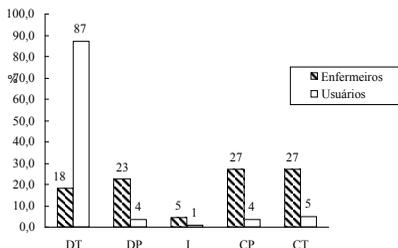


Gráfico 1 – Distribuição da frequência de respostas relativas ao quantitativo de profissionais de enfermagem. HU-USP, São Paulo, 2007

Teste Exato de Fisher ($p < 0,001$)

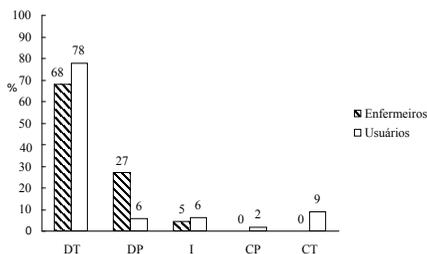


Gráfico 2 – Distribuição da frequência de respostas relativas aos rec. materiais. HU-USP, São Paulo, 2007

O Gráfico 2 mostrou um percentual elevado de discordantes da assertiva, cuja conotação é negativa, “Há falta de material de consumo para o atendimento dos usuários”. Dessa forma, 150 (78%) dos acompanhantes e 15 (68%) dos enfermeiros discordaram totalmente.

Relativo à hotelaria hospitalar os participantes foram consultados, especificamente, sobre o mobiliário existente na instituição. Identificou-se que 136 (71%) dos acompanhantes consideraram-no adequado e que 9 (41%) dos enfermeiros demonstraram restrições quanto a esse aspecto, com significância estatística $p < 0,001$.

Considerando a dimensão de processo foram averiguados os quesitos concernentes ao relacionamento do usuário com os profissionais de saúde, às orientações ministradas durante a internação e aos registros de enfermagem no prontuário.

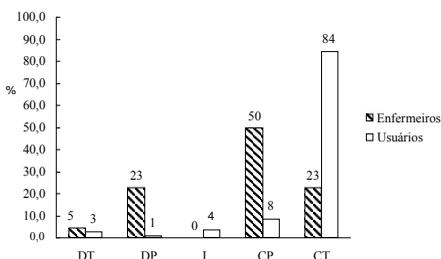


Gráfico 3 – Distribuição da frequência de respostas relativas ao relacionamento do usuário com os profissionais de enfermagem. HU-USP, São Paulo, 2007 - Teste Exato de Fisher ($p < 0,001$)

Por meio do Gráfico 3 notou-se, que 161 (84%) dos acompanhantes consideraram o relacionamento com a equipe de enfermagem um fator relevante na internação. A somatória do quantitativo de enfermeiros que concordaram com essa assertiva perfaz 16 (73%).

Relacionado às orientações para a saúde, no decorrer da internação, evidenciou-se que 18 (82%) dos enfermeiros e 128 (67%) dos usuários demonstraram percepção positiva ($p < 0,892$).

Para os registros da assistência prestada, os resultados mostraram que 15 (68%) dos enfermeiros e 167 (87%) dos acompanhantes apontaram que esses eram realizados de modo a qualificar o cuidado, sendo considerado estatisticamente significante $p < 0,01$.

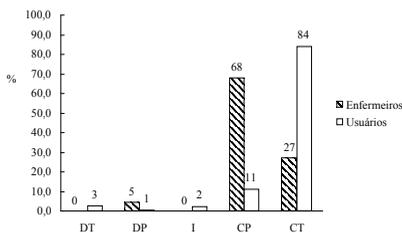


Gráfico 4 – Distribuição da frequência de respostas relativas à satisfação com a qualidade assistencial. HU-USP, São Paulo, 2007 - Teste Exato de Fisher ($p < 0,001$)

Quanto à dimensão de resultado discutiu-se a satisfação do usuário e dos enfermeiros com a qualidade assistencial, a importância da participação do usuário no tratamento e a eficácia das orientações para a alta hospitalar.

No gráfico 4, verificou-se que 21 (95%) dos enfermeiros e 182 (95%) dos usuários mostraram-se parcial ou totalmente satisfeitos com a qualidade assistencial. Contudo, chamou a atenção o fato de que 15 (68%) dos enfermeiros terem concordado parcialmente. Diante da participação do usuário no tratamento identificou-se que 18 (82%) dos enfermeiros e 109 (57%) dos acompanhantes consideraram essa prática essencial ($p < 0,77$). Concernente às orientações de alta constatou-se que 21 (96%) enfermeiros referiram que essas atendiam às necessidades dos usuários. Em contrapartida, averiguou-se que 96 (50%) dos usuários demonstraram-se indiferentes, com diferença estatística significante $p < 0,001$.

Com o intuito de comparar os melhores escores avaliados pelos enfermeiros e pelos acompanhantes-usuários foram estabelecidas as medidas de tendência central e de variabilidade.

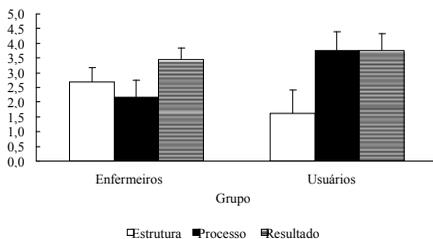


Gráfico 5 – Valores de média e desvio padrão segundo o score de favorabilidade, HU-USP, São Paulo, 2007

Teste não-paramétrico de Friedman ($p < 0,001$).

O Gráfico 5 demonstrou que o escore médio dos enfermeiros em relação à dimensão de estrutura foi de 2,67 (dp 0,51), de processo 2,15 (dp 0,60) e de resultado 3,45 (dp 0,39). Referente aos acompanhantes-usuários os valores encontrados foram de 1,63 (dp 0,77), 3,76 (dp 0,63) e 3,74 (dp 0,69), respectivamente. Dessa maneira, o escore de resultado foi melhor avaliado pelos enfermeiros e

o de processo pelos acompanhantes-usuários. Observou-se, também, que tanto no grupo de enfermeiros como no de usuários houve diferença significativa entre os três escores avaliados ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

Pela caracterização dos acompanhantes-usuários notou-se a expressiva permanência dos pais durante a internação de seus filhos, corroborando com Sabatés e Borba(10) ao referirem que os pais ao assumirem a condição de cuidadores garantem sua participação nos cuidados e a sua operacionalização implica no desenvolvimento de ações pelos profissionais.

Quanto à caracterização dos enfermeiros averiguou-se que a pós-graduação foi cursada nas diferentes áreas do conhecimento, indo ao encontro do perfil e das necessidades da clientela atendida na área de abrangência do serviço.

A partir dos achados na dimensão de estrutura verificou-se que, referente a recursos humanos, os usuários consideraram adequado o quantitativo de pessoal de enfermagem presente nas unidades pediátricas. Por outro lado, não houve consenso entre concordantes e discordantes nessa assertiva por parte dos enfermeiros. A alocação de recursos humanos nas organizações tem sido foco de atenção e motivo de instalação de conflito entre enfermeiros e administradores dos serviços de saúde, por interferir diretamente na qualidade e no custo. Assim, torna-se imperativo que o enfermeiro explicita as reais condições de assistência, empregue uma metodologia de dimensionamento, que possibilite a justificativa de suas respostas frente a um quadro de pessoal adequado(11).

Concernente aos recursos materiais, constatou-se que não foi percebido, por parte da maioria dos participantes, escassez desses recursos. O gerenciamento de recursos materiais é um processo de aquisição e disponibilização de materiais manufaturados, essenciais para a produção de serviços de saúde. Assim, o enfermeiro tem o papel preponderante na determinação do material necessário para a consecução da assistência, seja na dimensão quantitativa como qualitativa; definindo as especificações técnicas; participando dos processos de compra, de controle e da avaliação desses insumos (12).

Referente ao mobiliário observou-se que os usuários, também, não demonstraram descontentamento. Todavia, os enfermeiros apontaram para a necessidade de um maior investimento nesse quesito.

No que tange à dimensão de processo os resultados pertinentes à interação de usuários-profissionais mostrou ser da maior relevância, conforme o grau de concordância das respostas. Compartilhar saberes e espaços, não é um ato linear, decorrente da adesão a um discurso e sim implica em mudanças de atitudes por parte dos pais e dos profissionais(13).

Os participantes, na sua grande maioria, consideraram que as orientações de alta atendiam as necessidades dos usuários. Estudos demonstram ser o enfermeiro o profissional da saúde melhor capacitado para elaborar um plano de alta, uma vez que permanece continuamente junto ao usuário e sua família, durante todo o período de internação(14).

Neste estudo, os registros de enfermagem mostraram-se satisfatórios tanto para os enfermeiros como para os usuários-acompanhantes. A análise de prontuários em um hospital universitário verificou que as anotações de enfermagem eram descritas de forma incompleta e fragmentadas, impossibilitando a identificação de aspectos mínimos de condutas de enfermagem, visando a segurança e a continuidade da assistência(15).

Considerando que, por meio dos registros de enfermagem, é possível mensurar indiretamente a qualidade da assistência e que esses se constituem em documentos técnicos e legais, torna-se fundamental conscientizar e empreender esforços no sentido de que a equipe de enfermagem registre as atividades de maneira completa, a fim de traduzir o cuidado prestado.

Os achados referentes à dimensão de resultado dizem respeito à satisfação com assistência recebida, à importância da participação do usuário no tratamento, bem como à necessidade de orientação para a alta. Ressalta-se que conhecer e valorizar a opinião do usuário guarda estreita relação com a avaliação da qualidade dos serviços.

Em relação à orientação para a alta o maior percentual das respostas dos usuários esteve no grau de indiferente, necessitando de novas investigações. Diante dos resultados apresentados e como as três dimensões, embora sejam interdependentes e estejam intimamente relacionadas, torna-se imperativo o monitoramento das mesmas, a fim de que repercussões indesejáveis à qualidade assistencial sejam evitadas. Decorrente das especificidades do processo de produção em saúde, nem uma estrutura adequada garantem bons resultados e nem uma estrutura ruim os impede; contudo processos desenvolvidos com rigor da técnica podem atingir os resultados com excelência. Assim, as atuações estão sempre nos limites das possibilidades, onde uma estrutura adequada favorece processos adequados, que por sua vez aumenta a probabilidade de resultados desejáveis(16).

CONCLUSÕES

Esta pesquisa propiciou analisar a qualidade da assistência prestada em unidades pediátricas de um hospital de ensino, frente às dimensões de estrutura, de processo e de resultado. Os aspectos que apresentaram diferença estatística significativa na dimensão de estrutura foram os referentes a recursos materiais, humanos e hotelaria, no que tange a mobiliário. Com relação à dimensão de processo o relacionamento dos usuários com a

equipe e a relevância dos registros de enfermagem e referente à dimensão de resultado observou-se que questões relativas à importância das orientações para a alta hospitalar e a satisfação com a assistência recebida foram, também, apontadas como significativas.

Relacionado à favorabilidade dos escores das três dimensões avaliadas verificou-se que a de estrutura obteve o menor escore, requerendo maior atenção por parte dos profissionais da instituição, cenário deste estudo.

REFERÊNCIAS

- 1 Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington (DC): OPAS; 1992 a. p. 382-404.
- 2 Ramírez-Sánchez TJ, Nagera-Aguillar P, Ningenda-Lopez G. Percepción de la calidad de los servicios de salud en Mexico: perspectivas de los usuarios. *Salud Publ* 1998; 40 (1): 3-12.
- 3 Patton MQ. *Practical evaluation*. Beverly Hill: Sage; 1982.
- 4 Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.
- 5 DONABEDIAN A. THE ROLE OF OUTCOMES IN QUALITY ASSESSMENT AND ASSURANCE. *QUALITY REVIEW BULLETIN* 1992B; 20 (6): 975-92.
- 6 Adami NP, Yoshitome AY. Métodos de avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(1):52-6.
- 7 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- 8 Pereira JC. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 2001.
- 9 Rosner B. *Fundamentals of biostatistics*. 2th ed. Boston: PWS Publishers; 1986.
- 10 Sabatés AL, Borba RIH. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005. 13(6): 968-973.
- 11 Gaidzinski RR, Fugulin FMT, Castilho V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: Kurcgart P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan 2005. cap.10. p.125-37.
- 12 Castilho V, Gonçalves VM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgart P, coord. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.157-70.
- 13 Lima RAG, Rocha SMM, Scochi CGS. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1999; 7(2):33-39.
- 14 Policastro S. *Orientação de enfermagem: uma estratégia para minimizar a ansiedade e eventuais intercorrências imediatas à alta hospitalar de pacientes mastectomizadas* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
- 15 Labadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. *Act Paul. Enf*.2004; 17(1): 55-61.
- 16 Malik AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'Innocenzo M. coordenadora. *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari; 2006. cap1.

T00057 - A GESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR EM MINAS GERAIS: UMA AVALIAÇÃO DO PRÊMIO CÉLIO DE CASTRO

Autor: BRUNO REIS DE OLIVEIRA; Co-autores: HELEN CRISTINY TEODORO COUTO RIBEIRO; JOSÉ FERREIRA NETO; DEBORA MARQUES TAVARES

Resumo

A gestão da qualidade em saúde é um tema amplamente discutido na contemporaneidade. Considerando essa realidade, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais lançou o Prêmio Célio de Castro, que tem como objetivo reconhecer as melhores práticas de gestão da qualidade dos hospitais participantes do Pro-Hosp. Este trabalho objetiva descrever e analisar o processo de desenvolvimento desse Prêmio, bem como interpretar o seu resultado à luz da gestão da qualidade hospitalar e das experiências já existentes. Como metodologia, parte-se da estratégia da pesquisa-ação. Os resultados apontam para um alinhamento do Prêmio com os conceitos e experiências já reconhecidas.

Palavras-chave: Gestão da qualidade; acreditação; gestão hospitalar; Pro-Hosp.

Introdução

Há uma tendência, na atualidade, em se discutir a temática da qualidade. Observa-se que toda essa discussão, tanto nos setores produtivos de mercado como nos setores de prestação de serviço – como é o caso das organizações prestadoras de serviço de saúde, por exemplo, os hospitais – é consequência de uma série de fatores, determinada, antes de tudo, pelas constantes transformações no panorama nacional e internacional contemporâneo.

O cenário econômico que se apresenta às organizações hospitalares, por exemplo, impõe a essas instituições a necessidade de realizar uma gestão mais criteriosa e regulada, com planejamento estratégico e gerência eficiente de custo, o que determina importantes alterações nas práticas de gestão adotadas. Campos (2008a) descreve que, no caso dos prestadores do SUS, a defasagem da tabela de remuneração dos procedimentos é algo recorrente e, na saúde suplementar, não se consegue acompanhar a inflação do setor – que é a mais alta do mercado. Diante disso, as alternativas em programas de qualidade, visando à otimização do uso dos recursos e à melhoria da gestão como alternativa à sobrevivência tem se mostrado uma prática quase imprescindível.

Outra mudança de cenário é o aumento da conscientização da população sobre os direitos do paciente. Esse movimento acontece tanto para os usuários do sistema de saúde público, quanto para os do sistema privado, e se torna possível graças à facilidade de acesso às informações, com a disseminação da internet e dos meios de comunicação de massa. Isso determina uma mudança de paradigma na relação “paciente versus profissional

da saúde”, ao lado do avanço tecnológico e da chamada judicialização da saúde. A co-responsabilidade das organizações hospitalares em relação à assistência prestada aos pacientes faz com que elas busquem, segundo Campos (2008a), por meio da gestão da qualidade, o gerenciamento dos riscos e a organização dos seus processos, visando a reduzir as ocorrências não desejadas.

Diante dessas exigências, historicamente acompanhadas de toda uma evolução dos conceitos e ferramentas da gestão da qualidade no mercado, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) lançou, em 2008, seu chamado Plano de Gestão da Qualidade em Saúde, que envolveu um conjunto de ações coordenadas e complementares, concebidas com o intuito de provocar a disseminação da cultura da gestão pela qualidade na área de saúde no Estado. Uma das principais ações desse Plano foi a instituição do Prêmio Célio de Castro, que representou uma oportunidade de reconhecimento das melhores práticas de gestão da qualidade incorporadas pelos hospitais participantes do Pro-Hosp, um Programa criado em 2003 direcionado ao fortalecimento das principais unidades hospitalares de Minas Gerais.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar o processo de criação e desenvolvimento do Prêmio Célio de Castro, bem como interpretar o seu resultado à luz da gestão da qualidade hospitalar e das experiências já existentes, buscando trazer contribuições para a melhoria do seu desenho como política pública estratégica no contexto do atual Governo estadual de Minas Gerais.

Justificativa

A gestão da qualidade não é nenhuma novidade no âmbito das práticas adotadas pelas organizações em todo o mundo, com o objetivo de atingir maior eficiência produtiva ou um nível de reconhecida excelência em seus produtos. Também na área da saúde, muitas são as organizações que buscam incorporar tais práticas, a fim de que se habilitem a monitorar os pontos críticos que envolvem a prestação dessa atividade de risco, além de favorecer o redesenho e a padronização dos seus processos para alcançar os resultados desejados.

Diante do grande risco que representa a prestação de serviços de saúde, bem como devido à necessidade crescente das organizações de trabalharem a partir de uma cultura de qualidade, torna-se imprescindível para os gestores de políticas públicas relacionadas a essa atividade avaliar e estimular a sedimentação dessa cultura nos serviços. Tal necessidade é ainda mais premente nos serviços hospitalares, que apresentam, via de regra, uma realidade mais crítica, observada pelas ocorrências usuais de eventos adversos, bem como por sua “incipiência” em maturidade de gestão, conforme atesta relatório do Banco Nacional de Desenvolvimento (BARBOSA et al., 2002). Assim, uma análise do Prêmio Célio de Castro permite dotar os gestores de ferramentas para fazer cumprir as incumbências relatadas acima.

Devido à novidade que representa esse Prêmio para os gestores públicos da SES/MG, a sua avaliação também se revela necessária, visto que ela poderá fornecer subsídios para que eles aprimorem os pontos dificultadores do processo, contribuindo para o redesenho e melhoria do Prêmio como um todo.

Por fim, as conclusões desse trabalho avaliativo representam uma importante ferramenta em direção à expansão do escopo da metodologia de gestão da qualidade hospitalar para outros níveis de saúde ou redes assistenciais do Estado, como a atenção primária, por exemplo – o que demonstra alinhamento com a estratégia da SES/MG, de incentivar o desenvolvimento do enfoque na qualidade dos serviços. Além disso, elas podem servir de contribuição acadêmica para pesquisadores e interessados em geral, ou para outros governos que queiram utilizar essa experiência na formulação de políticas públicas de saúde.

Métodos

O êxito do presente trabalho depende, em grande parte, da opção por uma metodologia de pesquisa que seja coerente com as peculiaridades dos objetivos perseguidos pelo mesmo. Essa preocupação é aprofundada ainda mais pela necessidade de se propor uma intervenção em uma realidade dada, buscando melhorias nos processos e resultados desse ambiente de interação social, o que aumenta o grau de responsabilidade dos pesquisadores.

Por isso mesmo, dada a natureza do objeto de pesquisa – qual seja, o Prêmio Célio de Castro – e o intuito de trazer alguma implicação prática efetiva de ação na realidade social, proporcionando melhorias, optou-se, como estratégia precípua, o método da pesquisa-ação.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que propicia a geração de conhecimento pela experiência de envolvimento dos pesquisadores com a realidade pesquisada. Ela pressupõe alguma forma de ação ou, em outras palavras, a resolução desses problemas a partir da ação dos pesquisadores e dos atores diretamente envolvidos com os problemas, o que se direciona para o alcance de realizações determinadas. Consoante Thiollent (1985, p. 39), “a relação entre conhecimento e ação está no centro da problemática metodológica da pesquisa social voltada para a ação coletiva”. Disso decorre a importância de se realizar um resgate bibliográfico sobre o tema estudado em profundidade, seguido de uma descrição minuciosa dos processos sociais analisados, a fim de que o pesquisador possa estar preparado para executar o seu papel de agente nesse ambiente.

Iso posto, tem-se que o espaço de ação destinado aos pesquisadores desse trabalho seria o de incorporação do papel de atores no processo de avaliação dos hospitais nas próximas edições do Prêmio, e de formuladores (ou, no caso, “redesenhadores”) de políticas públicas, uma vez que são servidores públicos da SES/MG alocados em áreas afins à da coordenação do Plano de Gestão da Qualidade em Saúde. Nessas duas esferas dar-se-ia, portanto, a atuação dos pesquisadores na resolução das dificuldades encontradas no modelo.

Cabe destacar que se utilizou a técnica da revisão bibliográfica sobre a temática da gestão da qualidade, com foco na gestão da qualidade hospitalar, a fim de que se pudessem analisar os resultados alcançados pelo Prêmio à luz desse referencial teórico. Em um segundo momento, na descrição detalhada do processo que envolveu a criação e a condução do Prêmio Célio de Castro, buscaram-se os dados em fontes secundárias, como documentos produzidos pelos envolvidos e a Resolução que o instituiu. Os pesquisadores, como avaliadores dos hospitais, atuaram também em contribuição com esse trabalho, como observadores participantes – deflagrando, portanto, outra técnica aqui empregada –, o que os habilitou a contribuir com o refinamento das informações e com a análise mais apropriada dos pontos críticos. Muitas das reflexões expostas nos resultados foram enriquecidas pelo resgate das reuniões dos grupos de avaliadores e de suas impressões gerais da visita.

Resultados

Antes de proceder com a discussão dos resultados, cabe uma breve explanação acerca do Plano de Gestão da Qualidade em Saúde e da configuração proposta do Prêmio Célio de Castro, para que seja confrontada com os conceitos-chave e com as experiências de reconhecimento da gestão da qualidade, a fim de se proceder com as sugestões de melhoria no desenho do Prêmio.

Inicialmente, esse Plano surgiu como uma proposta de se avaliar, a partir dos critérios da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o grau de incorporação das práticas de gestão de segurança, gestão por processos e gestão por resultados do conjunto dos hospitais do Pro-Hosp, um Programa da SES/MG que visa a fortalecer os hospitais de referência das macro e microrregiões do Estado, contribuindo para consolidar a regionalização da assistência – os quais já vinham recebendo recursos estaduais desde 2003. O Plano surgiu, enfim, de uma efetiva necessidade de medir os primeiros impactos do Programa nessas instituições, no que diz respeito à gestão da qualidade.

Criou-se, no âmbito da SES/MG, o chamado Núcleo de Gestão da Qualidade, que teria como objetivo precípuo o acompanhamento do processo de premiação dos hospitais do Pro-Hosp em gestão da qualidade a partir dos critérios da ONA. Os membros desse Núcleo, servidores da SES/MG de setores estratégicos, seriam responsáveis pelas etapas de capacitação, de gestão da informação e de execução do próprio Prêmio, atuando como avaliadores dos hospitais participantes.

A primeira atividade conduzida pelo Núcleo foi a realização dos módulos de capacitação em gestão da qualidade, os quais foram direcionados aos membros do Núcleo, a alguns outros servidores e a hospitais do Pro-Hosp que já desenvolviam ações de qualidade. Em seguida, foi realizada uma etapa de consolidação das informações referentes aos hospitais no que diz respeito às práticas de gestão da qualidade em cada setor, retiradas a partir da aplicação do chamado “Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais Pro-Hosp / Política de Acreditação – ONA” (CAMPOS, 2008b). Esse Instrumento foi aplicado pelos hospitais em conjunto com as GRs (um representante da Coordenadoria de Atenção à Saúde – CAS – e outro da Coordenadoria de Vigilância Sanitária – VISA), e utilizava como parâmetros os critérios da ONA e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Enfim, coube ao Núcleo a condução do processo de elaboração e avaliação dos hospitais para o Prêmio Célio de Castro.

A primeira etapa de avaliação do Prêmio, consiste na aplicação do Instrumento acima referido, com sua respectiva apuração e classificação dos hospitais em ordem decrescente de pontos. Nessa etapa, os pontos podem variar de 0 a 100, sendo contabilizados considerando-se critérios de peso. As práticas relacionadas à segurança têm maior peso (70%), seguidas das práticas de gestão por processos (20%) e de gestão por resultado (10%).

Destaca-se que os hospitais já acreditados têm pontuação diferenciada (200, 150 ou 100 pontos), dependendo do nível de acreditação, e estão dispensados de avaliação pela equipe do Prêmio, uma vez que já dispõem de certificado expedido por instituição externa e reconhecida. Entretanto, se é premiado, o hospital acreditado somente pode concorrer novamente nos ciclos seguintes se melhorar o seu nível de acreditação.

Em seguida, os 20 primeiros colocados – que aderem formalmente à segunda etapa de avaliação – são convocados, a qual consiste na visitação das instituições, a fim de validar as práticas de gestão da qualidade aferidas pelo Instrumento de Avaliação Inicial. Essa avaliação é realizada por, no mínimo, quatro pessoas, sendo uma delas o avaliador-líder, e propõe a identificação das práticas de gestão a partir de uma visão sistêmica, e não mais tão detalhada, como ocorre na primeira etapa.

Após a visitação das instituições, são atribuídas notas de 0 a 100 a cada uma delas, sendo que as acreditadas mantêm a pontuação adquirida na primeira etapa. Convoca-se, então, a Comissão Julgadora, composta por profissionais de saúde com experiência reconhecida em saúde, em gestão da qualidade ou em gestão hospitalar, a qual tem por finalidade validar o resultado final da premiação.

Após essa explanação inicial, podem ser discutidos os resultados alcançados referentes à reflexão sobre a concepção e a execução do Prêmio, procurando destacar os seus pontos fortes e as oportunidades de melhoria, a partir da ação dos pesquisadores como avaliadores – agentes desse processo de premiação e observadores em relação aos demais avaliadores –, bem como das abordagens elaboradas tomando como ponto de partida os referenciais teóricos levantados. Do ponto de vista de organização textual, optou-se por tratar separadamente as duas etapas de avaliação, conforme segue.

Destacam-se como pontos fortes da primeira etapa, principalmente, o alinhamento do Instrumento criado com os critérios elaborados por instituições reconhecidas como a ONA e a ANVISA, a participação da VISA nesse processo e a preocupação com a realização de um treinamento para os avaliadores.

A avaliação dos requisitos de segurança, processos e resultados coincide com a proposta da ONA. Segundo Campos (2008a, p. 47), o Manual Brasileiro de Acreditação - Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares (MBA-OPSH), instrumento que orienta a avaliação ONA das instituições hospitalares, considera esses três níveis crescentes de complexidade, e “para obter o reconhecimento externo e formal da qualidade da assistência que presta aos clientes, a organização deve atender plenamente aos padrões de cada nível”. Além disso, a sua forma de avaliação demonstra-se adequada, visto que o MBA-OPSH foi concebido considerando-se as particularidades da realidade brasileira – o que torna essa referência a que melhor responde à proposta do Prêmio Célio de Castro. Essa forma de avaliação é coerente, também, com os conceitos desenvolvidos por Donabedian (1990), o qual definiu como as três dimensões para a avaliação das organizações em relação à gestão da qualidade a estrutura, os processos e os resultados.

Não obstante, o treinamento de alinhamento conceitual com os atores responsáveis pela avaliação e com aqueles que seriam avaliados, realizado por meio dos módulos de capacitação, coincidem, de certa forma, com a proposta do programa de educação continuada empregado pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Joint Commission International (CBA-JCI), utilizado a muitos anos e reconhecidamente importante no processo de criação de uma cultura de qualidade nos hospitais. Segundo a metodologia do CBA-JCI, uma das primeiras etapas rumo à acreditação está no desenvolvimento de um programa de educação, que, segundo Fortes (2007), visa disseminar esse método através de um chamado grupo facilitador, composto por profissionais de diversas áreas da instituição, o qual estuda o manual de acreditação e as práticas de qualidade para divulgá-los internamente.

Entre as oportunidades de melhoria dessa etapa, destaca-se, principalmente, a metodologia de aplicação do “Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais Pro-Hosp / Política de Acreditação – ONA”. Esse Instrumento deveria ser aplicado na instituição sob a responsabilidade dos

profissionais da CAS e da VISA da GRS correspondente. Entretanto, como houve certa abertura quanto à forma de aplicação do Instrumento – ou seja, este poderia ser aplicado em conjunto pelos dois atores acima, ou preenchido pelo hospital e validado pelos mesmos atores –, a tendência observada foi de se adotar essas orientações ou, até mesmo, de se criar métodos alternativos que não estavam contemplados – como, por exemplo, a aplicação exclusiva pelo hospital, sem a devida validação da GRS.

Outro problema, que estabelece forte sintonia com essa disseminação de diferentes métodos de aplicação do Instrumento, tem a ver com a falta de ferramentas de indução à participação da VISA no processo, que tem maior capacitação em relação à verificação dos itens avaliados nos hospitais. Esses dois fatores relacionados, somados à impossibilidade de controle da coordenação do Prêmio em relação à aplicação do Instrumento (foram avaliados mais de 120 hospitais), provocaram uma certa disparidade em relação aos critérios de avaliação, gerando relatórios muito exigentes (com notas baixas) de um lado, e outros mais brandos (apresentando notas mais elevadas). Como comprovação prática dessa discrepância, a segunda etapa de avaliação demonstrou que os hospitais com pontuação mais coerente em relação à primeira etapa foram aqueles que tiveram a participação da VISA na aplicação do instrumento e que o aplicaram de uma das duas formas estabelecidas. Por outro lado, houve hospitais com notas extremamente baixas nessa segunda etapa, coincidindo com a não observação dessa regra metodológica de avaliação concebida pela Coordenação do Prêmio.

A duração e o conteúdo da capacitação são importante oportunidade de melhoria, do ponto de vista da preparação específica para os avaliadores, observado o resultado alcançado nessa primeira etapa de avaliação – principalmente em relação ao preenchimento do Instrumento. Os profissionais das CAS, embora recebessem a capacitação específica no início de 2008 e tivessem a prática de acompanhar os hospitais do Pro-Hosp dentro da sua sistemática de monitoramento, demonstraram-se com considerável dificuldade para avaliar as práticas de gestão à luz metodológica da gestão da qualidade.

A fim de corrigir esses gargalos da primeira etapa, poder-se-ia definir de um lado, um curso de capacitação mais específico e com menor número de participantes, direcionado aos avaliadores efetivos do Prêmio (da primeira e da segunda etapas). Além disso, um estudo de caso, ou uma aplicação orientada do Instrumento como forma de teste, demonstra-se como estratégia plausível para homogeneizar os critérios de validação dos itens avaliados. Por outro lado, a adesão da VISA deve ser mais intensa, destacando-se a importância de familiarizar mais os seus profissionais com o Instrumento e de incluir dentro de sua agenda de inspeções, logo no início do ano, uma previsão em relação à visita para o Prêmio, no primeiro semestre de cada ano, a todos os hospitais do Pro-Hosp.

A segunda etapa também apresentou algumas dificuldades e outros pontos positivos. Destaca-se, entre as oportunidades de melhoria, a necessidade de ampliar o tempo de visita aos hospitais, a importância de toda a equipe de avaliadores participar da avaliação em todos os setores e a preparação mais específica para os avaliadores – como destacado em relação à primeira etapa –, a fim de reduzir as discrepâncias nos critérios de validação.

Observou-se, na prática, que um dia de visita torna a avaliação cansativa e, por vezes, inclusive menos criteriosa, visto que as validações devem acontecer de forma mais célere. Esse prazo exíguo também impede que toda a equipe participe da avaliação em todos os setores, o que representa uma perda para o processo, porque as diferentes qualificações profissionais dos avaliadores podem colaborar na execução de uma melhor avaliação. Como duração da avaliação, a experiência mostrou que o ideal seria executá-la em, no mínimo, dois dias, a fim de realizar, inicialmente, um conhecimento mais geral acerca da instituição e, na sequência, efetivar a validação das práticas detectadas com maior tranquilidade. Destaca-se que as instituições avaliadoras pela metodologia da ONA utilizam, na média, cerca de 3 dias de visita de avaliação para elaboração do diagnóstico organizacional e que todos os participantes do processo visitam todos os setores do hospital.

Percebeu-se que os avaliadores tiveram dificuldades em alguns momentos de validação das práticas de gestão, o que poderia ser solucionado por meio de um treinamento mais específico e com maior tranquilidade. A visita anterior a um hospital para homogeneizar os critérios de validação pode ser outra estratégia importante nesse sentido.

Já os pontos fortes foram expressivos na segunda etapa. As reuniões de consensos executadas ao longo da visita entre a equipe de avaliadores – os quais se encontravam com frequência para discutir as impressões – demonstrou-se metodologia muito eficiente no nivelamento das validações. Também a metodologia do CBA/JCI determina necessário esse cruzamento de informações obtidas ao longo das visitas. A formação diversa das equipes coloca em prática um modelo semelhante ao adotado pela ONA e pelo CBA/JCI, sendo essas compostas por, pelo menos, três profissionais, com formação voltada para a administração e para a assistência, principalmente enfermagem. A presença do avaliador-líder, observada no Prêmio, é utilizada também no modelo de avaliação da ONA.

A avaliação sistêmica é outro ponto forte da segunda etapa e alinha-se à metodologia empregada pela ONA. Os setores analisados são bastante coerente com as subseções do MBA-OPSH, demonstrando mais uma confirmação da opção pelo modelo da ONA. Campos (2008a) ainda destaca que o MBA-OPSH também adota o princípio da lógica sistêmica.

As técnicas de validação são mais um ponto forte, obedecendo aos mesmos modelos desenvolvidos pela ONA e pelo CBA/JCI: entrevistas, observações e revisão de documentos. Isso dá maior consistência aos resultados e permite realizar a análise sob uma ótica sistêmica. Visto que, segundo Campos (2008a), a assistência à saúde é, eminentemente, uma atividade de risco, destaca-se que o método de avaliação utilizado contribui para a melhoria contínua das instituições, na medida em que as visitas têm caráter educativo, sendo apresentadas aos profissionais dos setores algumas oportunidades de melhoria detectadas pelos avaliadores. Isso, de certa forma, faz com que os profissionais sintam-se responsáveis pelo planejamento das ações a partir da avaliação externa, orientando-se para o comprometimento com os resultados da organização, o que é coerente com a proposta de Mendes (2005): uma gestão realizada por profissionais relativamente autônomos e responsáveis.

A fase da validação do resultado final do Prêmio pela Comissão Julgadora é também adequada, visto que são convocados profissionais de renome em gestão da qualidade e saúde pública para verificar a sua adequação, bem como transparente, uma vez que a isonomia é resguardada, pois os relatórios sobre os hospitais não identificam a instituição sob análise.

Por fim, o fato de a instituição vencedora em um determinado ano não poder concorrer ao Prêmio caso não mude de Categoria, apresenta-se estímulo à melhoria contínua por parte dos hospitais, rumo à consolidação de níveis cada vez mais consistentes de qualidade em gestão – o que também está de acordo com os entendimentos de Pinheiro e Escosteguy (2002) acerca da acreditação e com os propósitos da SES/MG em desenvolver essa cultura de qualidade na área de saúde.

Conclusões

No curso da história, as organizações de forma geral – e as organizações de saúde – têm enfrentado recorrentes e significativas mudanças de paradigmas – seja no âmbito cultural, econômico ou social. Para que essas organizações logrem êxito com as novas exigências impostas pelos ambientes externo e interno, impõe-se a elas, cada vez mais, a adoção de um modelo de gestão voltado para a qualidade, por meio de instrumentos que permitam realizar a análise e a medição organizacional, propiciando a sua melhoria contínua.

Assim, este trabalho procurou levantar pontos de destaque em relação à gestão da qualidade hospitalar, a fim de proporcionar uma primeira avaliação do Prêmio Célio de Castro e do seu ciclo em 2008, tomando como estratégia de pesquisa a chamada pesquisa-ação.

No contexto da qualidade, tal premiação representa um estímulo à melhoria das organizações hospitalares, rumo à consolidação de níveis cada vez mais consistentes nesse âmbito. Percebe-se que, ao partir da metodologia desenvolvida pela ONA – que avalia o grau de incorporação nas organizações das práticas de gestão da segurança, gestão de processos e gestão de resultados –, o Prêmio tornou possível analisar e medir os primeiros impactos relacionados à qualidade nos hospitais participantes do Pro-Hosp.

Na condução desse trabalho, pôde-se levantar a existência de diversos pontos fortes e oportunidades de melhoria, os quais, discutidos nessa pesquisa, apresentam-se como contribuição válida para os responsáveis pelo desenho do Prêmio nas edições subsequentes.

Finalmente, destaca-se que esse trabalho representa uma primeira contribuição avaliativa em relação ao Prêmio Célio de Castro, abrindo aos interessados no tema a possibilidade de novas reflexões a partir das conclusões e das análises realizadas.

Referências Bibliográficas

- BARBOSA, Pedro Ribeiro (Coord.) et al. Hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.
- CAMPOS, Lismar Isis. Impacto da implantação em hospitais do sistema de gestão da qualidade, baseado nos requisitos de nível 1, 2, 3 do Sistema Brasileiro de Acreditação - ONA. 2008a. 133 f. Dissertação (Mestrado em Infecção e Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.
- _____. Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais Pro-Hosp / Política de Acreditação – ONA: Adaptado do Instrumento Nacional de Inspeção em Serviços de Saúde/ANVISA, 2007 e do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares/ONA, 2006. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008b.
- DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab. Med., [s.l.], v. 114, p. 1115-1118. 1990.
- FORTES, Maria Thereza Ribeiro. A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações. 2007. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Os novos desafios para os gestores dos sistemas de serviços de saúde no século XXI (apresentação). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005.
- PINHEIRO, Rejane Sabino; ESCOSTEGUY, Claudia Caminha. Epidemiologia e serviços de saúde. In: MEDRONHO, Roberto de Andrade et al. (Org.). Epidemiologia. São Paulo: Ateneu, 2002. p. 361-369.

THIOLLENT, Michel. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1985.

T00067 - SAC - SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE FOCO NO CLIENTE E NO PROCESSO

Autor: ROBSON PRADO

1. INTRODUÇÃO

O Serviço de Atendimento ao Cliente é exigência do contrato de gestão e na O.S.S. Santa Marcelina de Itaquaquecetuba foi implantado em meados de 2001 com a proposta de:

- Receber as manifestações (queixas, sugestões e elogios) e retornar a resposta aos manifestantes depois de analisada pelo Líder da área.
- Aplicar a pesquisa de satisfação à população atendida (10% dos pacientes internados e 10% dos pacientes atendidos no Ambulatório). Tabular dados e emitir relatórios aos setores avaliados e questionário.
- Centralizar a tabulação dos questionários espontâneos espalhados nas diversas áreas do Hospital.
- Contribuir com sugestões para melhoria dos processos, buscando melhorias nos atendimentos.

Para esta oportunidade direcionaremos nossa atenção às atividades relacionadas ao recebimento, responsabilização e retorno aos clientes relacionados às reclamações espontâneas.

Atualmente, as manifestações podem ser feitas: pessoalmente; por telefone; por e-mail; por carta; pelas caixas de sugestões espalhadas pelo Hospital. O SAC funciona como um elo entre pacientes e administração, mediando e solucionando diversas situações junto às áreas envolvidas nos processos assistenciais e/ou não assistenciais.

Quando algum usuário se manifesta em se direcionar ao setor de SAC para algum colaborador do Hospital, este, por sua vez, direciona o usuário de maneira adequada para o local.

2. JUSTIFICATIVA

O Serviço de Atendimento ao Cliente interage em vários aspectos com todos os setores do Hospital que prestam atendimento direto ou indireto aos pacientes e é este ponto que proporciona subsídios para mensurar se o que esta sendo proposto atualmente está indo de encontro a perspectiva dos usuários e a filosofia da Instituição como um todo, pois nos contatos com os usuários do Hospital, é possível captar através de suas versões o que o serviço disponibilizado lhes está proporcionando, seja em perspectiva ou em credibilidade naquilo que estamos dispostos a fazer.

Todos os clientes são importantes e suas opiniões e/ou percepções precisam ser compreendidas principalmente pelos profissionais que lidam diretamente com cada tipo de cliente, pois qualquer instituição seja ela prestadora de serviços ou qualquer outro tipo de segmento, são criadas para atender pessoas e as pessoas possuem sua própria identidade, que as torna diferentes das demais, sua própria cultura e comportamento, só precisamos perceber qual é a necessidade de cada uma delas e a partir daí dar lhes as informações adequadas e rever seja qual for o aspecto que necessita ser revisto para garantir que os nossos clientes se sintam satisfeitos e a imagem da Instituição permaneça forte.

3. MÉTODOS

Nos casos de queixas que são recebidas pessoalmente, é preenchido um formulário padronizado contendo a identificação do reclamante e do paciente e meio de contato para retorno. O registro da queixa é formalizado pelo usuário, na impossibilidade é redigido pelo funcionário do SAC e lido ao mesmo antes do encaminhamento, com o intuito de que as informações ali contidas sejam transmitidas conforme o relato do usuário, ou seja, sem indução. Outra característica do SAC é ser imparcial a qualquer situação, agir com ética e afincio.

Após a análise e conclusão dos fatos apontados pelos usuários, é emitido resposta a todos com a análise e/ou providencias adotadas para o caso, visando sempre o retorno da informação, conforme o fluxo a seguir.

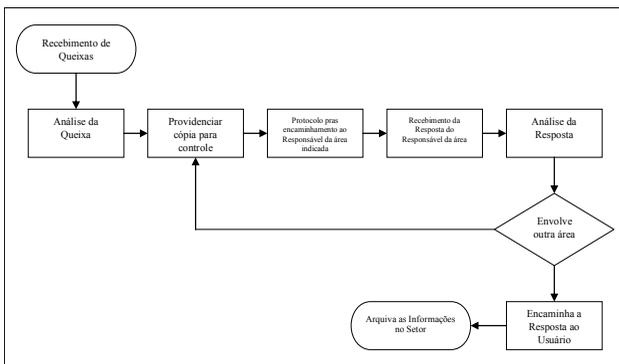


Figura: Desenvolvida pelo autor.

O fluxograma exposto anteriormente possui a finalidade de analisar o fluxo das ocorrências junto aos respectivos responsáveis, visando identificar a causa raiz desta ocorrência e adequar medidas de melhoria. Após o recebimento da manifestação, o responsável pelo Serviço de Atendimento ao Cliente participa do processo de análise junto ao responsável pela área apontada, interagindo para compreender os aspectos que estão envolvidos e que nem sempre estão expostos naquela

manifestação visando uma solução eficaz para o problema ou esclarecimento necessário para a compreensão dos usuários do serviço.

Partindo deste princípio, em janeiro de 2008 foi elaborado e implantado um impresso denominado "Ficha de Acompanhamento da Manifestação" que contém cinco perguntas a serem respondidas pela liderança da área apontada pelo usuário, visando a identificação da causa raiz do problema e o tratamento desta causa. Esta ficha sempre vai anexa à queixa do usuário para a análise da liderança correspondente mediante protocolo de recebimento e permanece arquivada no setor de Serviço de Atendimento ao Cliente junto à reclamação e cópia da resposta encaminhada ao usuário, lembrando que a resposta original é encaminhada sempre ao reclamante.

Entendemos como queixa todas as manifestações recebidas no período por qualquer meio, necessariamente com identificação do autor, e que deve ser registrada adequadamente.

É possível mensurar que atualmente são respondidas 100% das queixas e emitido resposta ao reclamante, quando o aceitável para resolução de queixas, pelo contrato de gestão, é de 80% das queixas recebidas no período.

Tudo isso é resultado do empenho e do comprometimento não somente do SAC, mas sim de todas as áreas do Hospital que prestam atendimento ao cliente, de forma direta ou indireta e que compreenderam que a opinião dos nossos clientes contribui muito para novas oportunidades de melhoria nos serviços prestados.

O tratamento adequado e o direcionamento correto das pessoas, evidenciam uma das maiores atitudes que um funcionário deve tomar, visando compreender independentemente das suas atribuições ou demanda de atividades, o que gerou a insatisfação de determinado usuário do serviço hospitalar, pois as pessoas que procuram por um serviço hospitalar geralmente desconhecem os bastidores de cada atividade/processo ou de sua importância, talvez pela própria questão técnica ou até mesmo pela ansiedade/angústia que esta apresentando em determinado momento, assim, o mínimo que temos a oferecer a qualquer tipo de usuário, mesmo que não haja possibilidade de atender a sua necessidade naquele exato momento é o respeito e principalmente o respeito pela cultura que cada um deles apresenta.

Todas essas atividades requerem um esforço e um aprofundamento no que diz respeito à sua veracidade e imparcialidade para que as pessoas envolvidas neste processo também sejam beneficiadas, pois o principal intuito deste serviço é colaborar com o processo e/ou oportunidades de melhorias.

4. RESULTADOS E CONCLUSÕES

O tempo de espera para o atendimento também é um fator determinante para o nível de satisfação dos clientes, uma vez que um determinado tempo é tolerável para um cliente em especial e para outro cliente esse mesmo tempo é inadmissível.

Nas unidades de internações ou no ambulatório de especialidades, subentende-se que estão os pacientes em tratamento segmentado por seu diagnóstico inicial, porém, o que colabora para a insatisfação destes pacientes, na maioria das vezes, também é o tempo de espera seja para a realização de algum tipo de exame, procedimento cirúrgico ou informações necessárias para a compreensão do paciente no tempo correto. Já no Pronto Socorro, os processos se disseminam em caráter emergencial, ou seja, os pacientes que ali adentram, durante o período de espera, precisam ser

informados sobre os fatores que estão envolvidos no atendimento a que procuram. Quando ocorre divergência nas informações prestadas pelos setores mais próximos ou dentro do próprio Pronto Socorro, este fator colabora para a insatisfação dos usuários de nossos serviços, visto que as dúvidas começam a surgir na medida em que as informações se desencontram.

Quando falamos de informação não pensamos apenas em repassar algo para outras pessoas, mas sim em preparar as pessoas para um determinado ambiente, principalmente no Pronto Socorro aonde às pessoas chegam aflitas e a maneira de conversar com uma pessoa em específico pode necessitar ser diferenciada das demais pessoas. Por outro lado, podemos também afirmar que a informação não é um fator determinante para a geração da satisfação de nossos clientes, mas quando transmitidas de maneira adequada à pessoa que está a frente, poderá proporcionar um outro olhar da situação, pois no dia-a-dia nos deparamos com diversos tipos de percepções e que nem sempre é a verdadeira.

É possível mensurar que quando o cliente é atendido pelo Serviço de Atendimento ao Cliente e este serviço lhe esclarece ou lhe passa informações exatas do que está envolvendo determinada situação, o cliente se sente respeitado e sabendo do que está ocorrendo nos bastidores antes de ter a sua necessidade atendida, compreende e numa próxima oportunidade já se porta de maneira diferente.

5. RESUMO

Os usuários dos serviços de saúde chegam cheios de expectativas que nem sempre podemos corresponder, daí a importância do bom acolhimento. Quando um usuário deseja registrar reclamação, este necessita ser atendido em local adequado e ser orientado sobre o tratamento de sua queixa pelo SAC. Além do impresso padronizado para registro de queixa, também se criou um impresso chamado de Ficha de Acompanhamento da Manifestação que tem como objetivo identificar a causa raiz do problema. Após a análise necessária para o caso, é emitida resposta ao reclamante, fechando um ciclo de informação e retorno sobre o problema apresentado pelo usuário.

Palavras chave: Atendimento; Usuário; Reclamação; Manifestação.

T00068 - ESTUDO DE INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR COM BASE EM DADOS ADMINISTRATIVOS EM HOSPITAIS SELECIONADOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Autor: AMANCIO PAULINO DE CARVALHO; Co-autores: OLÍMPIO J. NOGUEIRA V. BITTAR; DANIELA MONTEIRO BRAGA; RAQUEL MEDEIROS LISBOA

RESUMO

Há poucos estudos avaliando qualidade hospitalar da saúde suplementar no Brasil, diferentemente da prática em países da OCDE. Foram utilizados 22 indicadores, validados pela AHRQ, baseados nas informações administrativas (AIH, CIH) de 240.000 internações em 40 hospitais selecionados no estado de SP (11 exclusivamente SUS) em 2006 e 2007. Foi encontrada grande variabilidade nos resultados entre os hospitais, com desempenho global inferior ao padrão norte-americano e mais desfavorável a pacientes do SUS. Conclui-se que adotar painel de indicadores hospitalares é viável e relevante para gestão e regulação públicas.

Palavras-Chave: Avaliação de qualidade, indicadores de desempenho, sistemas de informação, dados administrativos.

Introdução

Prestadores de serviços de saúde, consumidores, formuladores de políticas públicas e outros atores comprometidos com a melhoria da qualidade da atenção hospitalar precisam de indicadores objetivos, robustos, facilmente mensuráveis e sensíveis para expressar variações e disparidades na situação de saúde entre regiões, grupos populacionais e unidades hospitalares¹.

Alguns estudos no Brasil destacam que os hospitais "são exemplos clássicos de organizações que apresentam problemas gerenciais complexos, nos quais os sistemas de avaliação e de incentivos têm papéis primordiais". Nesse sentido, a análise de desempenho torna-se uma prática fundamental para o monitoramento e comparação da eficiência dessas unidades e a utilização de bancos de dados de abrangência nacional deve ser vista como uma importante fonte de informações.

A busca pela qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A prática assistencial deve ser apoiada por sistemas de informações clínicas adequados, completos e disponíveis que garantam a segurança do paciente, através do suporte à tomada de decisão diagnóstica e terapêutica durante o tratamento de pacientes individuais, com o objetivo de prevenir eventos e desfechos adversos, corrigir rumos e melhorar continuamente a qualidade da assistência e a obtenção de dados e indicadores que permitam medir, avaliar e comparar o grau da qualidade assistencial oferecida à população-alvo².

Os principais objetivos deste estudo são:

- Definir e descrever um conjunto de indicadores de resultados que tenham por fonte de informação os dados administrativos constantes na Autorização de Internação Hospitalar (SIH/SUS) e na Comunicação de Internação Hospitalar (SISCIH) e como característica essencial se preste a condição de sentinela da qualidade assistencial, conforme a definição da AHRQ;

- Desenvolver modelo para análise comparada de indicadores de resultados na assistência no SUS e na saúde suplementar e de São Paulo com Estados Unidos da América.

Justificativa

Uma vez que a dimensão da qualidade do cuidado em saúde não pode ser mensurada diretamente, diversos indicadores são comumente utilizados para caracterizá-la. Ao longo das últimas décadas é possível observar um aumento do uso de dados administrativos também para avaliar a qualidade da atenção hospitalar, seja para avaliar os processos de trabalho envolvidos na assistência seja na mensuração dos resultados e do impacto das intervenções em saúde⁵.

Indicadores de performance do hospital como taxas de mortalidade, tempo de permanência e taxa de readmissão para várias doenças cardiovasculares são amplamente utilizados no Canadá, nos EUA e no Reino Unido.

Um dos maiores desafios neste campo da avaliação da qualidade dos serviços de saúde é a mensuração do desempenho com base em múltiplas medidas e a necessidade de sumarizar todos os indicadores utilizados num índice composto. Esta medida composta deve ser capaz de

permitir uma comparação objetiva da qualidade dos serviços hospitalares e/ou ambulatoriais⁶. Para isto, a AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality), instituição responsável pelo desenvolvimento de indicadores de qualidade multidimensionais nos EUA, e que os utiliza desde 2003, para o universo de hospitais norte-americanos, elaborou um conjunto de indicadores de avaliação¹.

Os dados administrativos e epidemiológicos dos hospitais oferecem várias possibilidades de análise do cuidado médico. Esse tipo de informação, que comumente é coletada de forma rotineira dentro dos hospitais para que a prestação do serviço ocorra, oferece informações sobre diagnósticos, procedimentos, idade, sexo, forma de admissão no hospital e motivo da alta. Deste modo os indicadores de qualidade propostos pela AHRQ (IQs) representam um importante instrumental no uso dos dados hospitalares no Brasil e são o que há de mais robusto atualmente para avaliação da qualidade da atenção baseada em dados administrativos de alta hospitalar¹.

Métodos

Foram utilizados 22 indicadores do grupo “in patient” da AHRQ em 35 hospitais de ensino do estado de São Paulo, certificados pelos Ministérios da Saúde e Educação, excluídos os que se restringem ao tratamento de crianças. Foram incluídos cinco hospitais não classificados como de ensino, cujo movimento assistencial é muito significativo para alguns procedimentos envolvidos na avaliação. Não serão divulgados os nomes ou qualquer outra forma de identificação dos hospitais envolvidos no trabalho.

Os indicadores hospitalares seguiram a classificação da AHRQ: volume, mortalidade (por condição clínica e por procedimento cirúrgico) e utilização.

Os vinte e dois indicadores estão listados abaixo:

Indicadores de Volume

- IQ1 1 Volume de Cirurgias de Ressecção Esofágica
- IQ1 2 Volume de Cirurgias de Ressecção Pancreática
- IQ1 4 Volume de Cirurgias de Reparo de Aneurisma De Aorta Abdominal
- IQ1 5 Volume de Cirurgias de Revascularização Miocárdica
- IQ1 6 Volume de Angioplastias Coronarianas Transluminais Percutâneas
- IQ1 7 Volume de Cirurgias de Endarterectomia de Carótida

Taxa de Mortalidade por Condição Clínica

- IQ1 15 Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio
- IQ1 16 Taxa de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca Congestiva
- IQ1 17 Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Encefálico
- IQ1 18 Taxa de Mortalidade por Hemorragia Digestiva
- IQ1 19 Taxa de Mortalidade por Fratura de Quadril
- IQ1 20 Taxa de Mortalidade por Pneumonia
- i. Taxa de Mortalidade por Procedimento Cirúrgico
 - IQ1 8 Taxa de Mortalidade por Ressecção Esofágica
 - IQ1 9 Taxa de Mortalidade por Ressecção Pancreática
 - IQ1 11 Taxa de Mortalidade por Reparação de Aneurisma de Aorta Abdominal
 - IQ1 12 Taxa de Mortalidade por Revascularização Miocárdica
 - IQ1 30 Taxa de Mortalidade por Angioplastia Coronariana Transluminal Percutânea
 - IQ1 31 Taxa de Mortalidade por Endarterectomia de Carotida
 - IQ1 13 Taxa de Mortalidade por Craniotomia
 - IQ1 14 Taxa de Mortalidade em Cirurgia de Prótese de Quadril

Indicadores de Utilização

- IQ1 21 Taxa de Parto Cesáreo
- IQ1 23 Taxa de Colectomia Laparoscópica

Foram usados como fontes de dados o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), que contém informações de faturamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS através da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, e a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) do Ministério da Saúde, que é utilizada para acompanhar, planejar e monitorar as internações em todas as unidades hospitalares do país, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, em âmbito nacional e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, para monitorar a rede assistencial informada pelas Operadoras de Plano de Saúde.

Vinte e nove dos quarenta hospitais selecionados atendem tanto ao SUS quanto ao sistema suplementar e terão dados apurados a partir do Sistema de Internação Hospitalar (SIH/AIH) e do CIH (Comunicação de Internação Hospitalar). Os demais serão avaliados por um ou outro sistema de informação, conforme ligados exclusivamente ao sistema público (10 hospitais) ou privado (01 hospital). Foram analisadas as informações administrativas, constantes nas AIHs e CIHs, de 240.000 internações, nos referidos hospitais, ocorridas no período entre janeiro de 2006 e dezembro de 2007.⁷

A padronização das taxas foi realizada para idade e sexo. A intensidade (número e gravidade) das doenças coexistentes constitui importante preditor de complicações e de resultados desfavoráveis. Os métodos de ajuste de risco que se baseiam na presença de comorbidade podem ser aplicados quando se dispõe apenas de dados de bases administrativos, pois, apesar de não conterem outras informações clínicas, sempre fornecem informação diagnóstica. Contudo, sua utilidade depende da completude e precisão dessas informações. Neste trabalho não foi incluído o ajuste de risco por comorbidade, devido a inconsistência e a ausência dos dados informados nas guias de alta utilizadas (AIH, CIH).⁵

Para verificar se as diferenças encontradas entre os dados de AIH (internações ocorridas no SUS) e CIH (internações particulares) são estatisticamente significativas, assim como para comparar os resultados dos hospitais selecionados em São Paulo com os resultados dos hospitais americanos, avaliados pela AHRQ, foi utilizado o teste estatístico Qui-Quadrado. As limitações metodológicas encontradas são a inconstância no envio dos dados da CIH por alguns hospitais que não cumprem a periodicidade esperada, volumes reduzidos pela falta de informação nos bancos de dados e a falta de informações sobre comorbidades que impede a realização de um ajuste mais adequado para comparação entre hospitais.

Resultados

Nos resultados dos indicadores de volume (IQ1 1, IQ1 2, IQ1 4, IQ1 5, IQ1 6, IQ1 7) observa-se, em primeira análise, a dispersão dos procedimentos por hospitais, ou seja, vários hospitais realizam o mesmo procedimento com um volume muito baixo, o que não favorece bons resultados, já que por definição, em relação à qualidade, altos volumes estão associados a melhores resultados. Estes achados devem chamar a atenção dos gestores e agentes reguladores em saúde, no sentido de uma melhor organização e distribuição da rede assistencial.

Indicadores de mortalidade tanto para condições clínicas, como para procedimentos cirúrgicos incluem situações para as quais a mortalidade tem variado substancialmente entre instituições e para as quais a evidência sugere que altas taxas podem estar associadas a deficiências na qualidade do cuidado.

Nos resultados dos indicadores de performance, nas taxas de mortalidade por condição clínica pode-se observar em todos eles (IQ1 15, IQ1 16, IQ1 17, IQ1 18, IQ1 20), exceto mortalidade por fratura de quadril (IQ1 19), um desempenho global dos hospitais do Estado de São Paulo, muito inferior ao dos hospitais norte-americanos, quando comparados aos resultados dos mesmos indicadores divulgados pela ARHQ (tabela I). O que deve chamar a atenção dos gestores locais para uma avaliação cuidadosa desta discrepância, pois demonstra uma qualidade assistencial muito aquém da esperada. Vários fatores podem contribuir para este resultado como despreparo dos profissionais da área de saúde, falta de estrutura das unidades hospitalares, dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde da rede primária, levando a uma maior hospitalização e conseqüentemente uma pior condição no estado de saúde. Estas análises preliminares necessitam de maiores estudos, levando-se em conta os ajustes de risco para comorbidades, disponibilidade dos dados administrativos mais completos, com melhor preenchimento das guias hospitalares de alta. Outra discrepância que deve ser salientada nos resultados dos indicadores de performance por condições clínicas é a diferença no desempenho hospitalar segundo a fonte pagadora (SUS/AIH versus não SUS/CIH) (tabela II).

Nos resultados das taxas de mortalidade por procedimentos cirúrgicos observou-se as mesmas discrepâncias nos resultados encontrados nos indicadores clínicos, quando comparado o desempenho global dos hospitais do estado de São Paulo e os hospitais norte-americanos e entre o desempenho no SUS e da saúde suplementar. Acrescentando apenas o fato de que os procedimentos realizados com menor volume (IQ1 8 e IQ1 9), dificultam os cálculos das taxas de mortalidade.

Indicadores de utilização examinam procedimentos cuja realização varia significativamente entre instituições e para os quais há questionamento a respeito de super, sub e má utilização. A taxa de utilização dos partos cesáreos foi muito maior nos hospitais de São Paulo, do que nos hospitais norte-americanos, e também maior na saúde suplementar do que no SUS, o que sugere uma superutilização deste procedimento no estado de São Paulo, refletindo o que ocorre em outros estados do Brasil. Destaca-se que quando a fonte pagadora é particular, as taxas são ainda mais altas, o que deve chamar a atenção dos gestores e agentes reguladores para esta discrepância, que pode significar oferta de cuidado ineficiente ou inapropriada, como, por exemplo, a falta de maternidades com plantões de 24 horas e distorções na remuneração por procedimento. Em relação às taxas de colecistectomia videolaparoscópica, observa-se uma baixa utilização desta técnica nos hospitais de São Paulo, em relação aos norte-americanos e, menor utilização no SUS do que na saúde suplementar, o que fala a favor de uma menor disponibilidade da tecnologia e de profissionais qualificados para realização do procedimento onde este é menos utilizado.

	Min	Máx	Mediana	Méda	ARQH*
INDICADORES DE VOLUME					
Volume de Cirurgias de Ressecção Esofágica	1	28	3	7	4
Volume de Cirurgias de Ressecção Pancreática	1	45	5	8	8
Volume de Cirurgias de Reparo de Aneurisma de Aorta Abdominal	1	74	8	14	39
Volume de Cirurgias de Revascularização Miocárdica	13	3796	123	364	308
Volume de Angioplastias Coronarianas Transluminais Percutâneas	1	1833	244	450	790
Volume de Cirurgias de Endarterectomia de Carótida	1	47	9	14	128
TAXA DE MORTALIDADE - CLÍNICO					
Tx de Mortalidade por Enfarto Agudo do Miocárdio	0	57,14	13,06	15,71	8,44
Tx de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca Congestiva	0	25	13,29	13,85	4,13
Tx de Mortalidade por Acidente Vascular Encefálico	0	66,67	17,06	21,09	11,18
Tx de Mortalidade por Hemorragia Digestiva	0	50	8,95	10,69	2,75
Tx de Mortalidade por Fratura de Quadril	0	15,38	3,46	4,33	3,01
Tx de Mortalidade por Pneumonia	0	40	18,3	17,64	5,49
TAXA DE MORTALIDADE - PROCEDIMENTO					
Tx de Mortalidade por Ressecção Esofágica	0	100	0	19,35	8,38
Tx de Mortalidade por Ressecção Pancreática	0	100	7,92	19,69	5,36
Tx de Mortalidade por Reparação de Aneurisma de Aorta Abdominal	0	100	18,6	30,14	6,19
Tx de Mortalidade por Revascularização Miocárdica	0	19,66	6,46	8	3,07
Tx de Mortalidade por Angioplastia Coronariana	0	4,38	2,14	1,9	1,21
Tx de Mortalidade por Endarterectomia de Carótida	0	20	0	2,03	0,66
Tx de Mortalidade por Craniotomia	0	100	12,12	20,69	7,5
Tx de Mortalidade em Cirurgia de Prótese de Quadril	0	25	0	2,32	0,23
INDICADORES DE UTILIZAÇÃO					
Tx de Parto Cesáreo	25,81	89,47	41,87	45,81	26,56
Tx de Colecistectomia Laparoscópica	0	92,59	25,81	29,61	77,41

TABELA I – ANÁLISE COMPARADA DOS RESULTADOS DOS INDICADORES DE QUALIDADE DE 40 HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO COM OS DADOS HOSPITALARES NORTE-AMERICANOS - BRASIL, 2007

Conclusão

Grandes bancos de dados administrativos vêm sendo cada vez mais empregados na avaliação do desempenho dos serviços de saúde. Esses bancos possuem vantagens e desvantagens, sendo a reduzida disponibilidade de dados clínicos dos pacientes uma das importantes desvantagens, na medida em que restringe o número de variáveis de risco a serem computadas para o ajuste de medidas de desempenho⁸.

Variações nos resultados obtidos por diferentes hospitais em indicadores de desempenho não devem ser analisados isoladamente, mas devem sim ser explicados por um conjunto de elementos que envolvem desde a variação da qualidade do dado, diferenças nas características dos pacientes a variações reais na qualidade do cuidado provido pelo prestador. Para os indicadores de resultado baseados em diagnósticos específicos serem úteis na comparação da qualidade da assistência hospitalar, as variações observadas entre as unidades hospitalares podem ser devidas entre aquelas devidas a variação sistemática (refletindo variações reais da qualidade da atenção) e aquelas devidas ao efeito do perfil de casos atendidos, erros na mensuração dos indicadores ou uso de métodos estatísticos inapropriados⁹.

Apesar de as informações baseadas em dados administrativos não serem definitivas, o exemplo norte-americano nos mostra que as mesmas podem ser usadas para sinalizar problemas potenciais de qualidade, permitindo a revisão do processo de trabalho e o estudo da efetividade das intervenções.

As diferenças encontradas nos resultados dos indicadores entre os hospitais, entre os pacientes divididos por fonte de pagamento (SUS X Saúde Suplementar) e entre o desempenho global dos hospitais representando o Estado de São Paulo e o desempenho global norte-americano apontam para uma diferença estatisticamente significativa na qualidade da assistência entre estes, o que chama a atenção para os gestores e os órgãos reguladores e devem influenciar nas futuras intervenções no âmbito do sistema de saúde.

TABELA II – ANÁLISE COMPARADA DOS RESULTADOS DOS INDICADORES DE QUALIDADE DE 40 HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO DE ACORDO COM A FONTE PAGADORA - BRASIL, 2007

Dados de 2007 - AIH + CIH - taxas brutas	AIH				CIH			
	Min	Máx	Mediana	Média	Min	Máx	Mediana	Média
INDICADORES DE VOLUME								
Volume de Cirurgias de Ressecção Esofágica	1	28	3	7	1	4	1	2
Volume de Cirurgias de Ressecção Pancreática	1	45	5	8	1	12	1	2
Volume de Cirurgias de Reparo de Aneurisma de Aorta Abdominal	1	74	9	14	1	23	2	5
Volume de Cirurgias de Revascularização Miocárdica	35	3340	109	332	1	456	15	60
Volume de Angioplastias Coronarianas	84	1524	270	451	1	373	11	55
Volume de Cirurgias de Endarterectomia de Carótida	1	47	9	12	1	15	3	5
TAXA DE MORTALIDADE - CLÍNICO								
Tx de Mortalidade por Enfarto Agudo do Miocárdio	0,00	57,14	13,44	12,21	0,00	28,57	7,50	8,63
Tx de Mortalidade por Insuficiência Cardíaca Congestiva	0,00	50,00	13,73	15,19	0,00	16,67	6,40	4,94
Tx de Mortalidade por Acidente Vascular Encefálico	0,00	66,67	19,28	18,77	0,00	50,00	7,14	10,37
Tx de Mortalidade por Hemorragia Digestiva	0,00	100,00	9,28	9,57	0,00	10,71	0,00	5,02
Tx de Mortalidade por Fratura de Quadril	0,00	15,38	2,91	3,25	0,00	66,67	0,00	6,71
Tx de Mortalidade por Pneumonia	0,00	40,00	18,54	19,65	0,00	33,33	8,85	11,07
TAXA DE MORTALIDADE - PROCEDIMENTO								
Tx de Mortalidade por Ressecção Esofágica	0,00	100,00	0,00	20,59	0,00	0,00	0,00	0,00
Tx de Mortalidade por Ressecção Pancreática	0,00	66,67	7,08	11,56	0,00	100,00	100,00	25,00
Tx de Mortalidade por Reparação de Aneurisma de Aorta Abdominal	0,00	100,00	21,92	24,33	0,00	33,33	0,00	22,22
Tx de Mortalidade por Revascularização Miocárdica	2,38	20,18	7,35	6,28	0,00	100,00	0,94	4,24
Tx de Mortalidade por Angioplastia Coronariana	0,00	4,44	2,22	2,14	0,00	5,56	0,00	1,18
Tx de Mortalidade por Endarterectomia de Carótida	0,00	100,00	6,02	7,54	0,00	100,00	0,00	11,36
Tx de Mortalidade em Cirurgia de Prótese de Quadril	0,00	25,00	0,00	2,15	0,00	0,00	0,00	0,00
INDICADORES DE UTILIZAÇÃO								
Tx de Parto Cesáreo	25,43	66,02	39,41	39,80	25,00	100,00	87,40	89,03
Tx de Colectomia Laparoscópica	0,00	81,56	13,31	35,09	0,00	100,00	25,12	45,39

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Comunicação de Autorização Hospitalar (CIH/MS)

1. AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals. Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services. Disponível em: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> (acesso em 11/09/2008).

2. Marinho A. Hospitais Universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência. Texto para Discussão/IPEA. Rio de Janeiro, n. 833, 2001.

3. Lobo MSC, Bloch KV, Fiszman R, Oliveira MR, Ribeiro VJP. Sistema de Informações dos Hospitais Universitários (SIHUF/MEC): um banco de dados administrativo. Cadernos de Saúde Coletiva 2006, 14 (1): 149 – 162.

4. Klück MM, Metodologia para Ajuste de Indicadores de Desfechos Hospitalares por Risco Prévio do Paciente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, dezembro de 2004.

5. Scott I, Youlden D, Coory M. Are diagnosis specific outcome indicators based on administrative data useful in assessing quality of hospital care? Qual Saf Health Care 2004, 13:32–39.

6. Teixeira-Pinto A, Normand S-L. Statistical Methodology for Classifying Units on the Basis of Multiple Related Measures. *Stat Med* 2008, 27(9): 1329–1350.
7. Bittar OJNV, Neto BAB, Magalhães A, et al. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo 2007. SES de São Paulo, Assessoria de Hospitais de Ensino.
8. Martins M, Travassos C, Noronha JC, Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho, *Rev Saúde Pública* 2001;35(2):185-192.
9. Luce JM, Thiel GD, Holland MR, et al. Use of risk-adjusted outcome data for quality improvement by public hospitals. *West J Med* 1996, 164:410–4.

TO0071 - IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE OFTALMOLOGIA PARA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (ROP) NAS MATERNIDADES MUNICIPAIS E CONVENIADAS VINCULADAS À REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SÃO PAULO.

Autor: FERNANDO DE FREITAS AYRES; Co-autores: BERTILLE FERREIRA DA SILVA; CELSO DE MORAES TERRA; LIGIA SANTOS ABREU CALIGARIS

RESUMO:

Os autores descrevem a implantação de Serviço de Oftalmologia para o diagnóstico e tratamento da retinopatia da prematuridade (ROP) nas maternidades municipais e conveniadas com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo e apresentam os primeiros resultados. Abordam a possibilidade de expansão deste serviço a outras maternidades que atendem ao Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Retinopatia da prematuridade, prematuros de risco, avaliação e tratamento precoces.

INTRODUÇÃO:

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma afecção ocular 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 de retinopatia. Não existem formas efetivas de como prevenir a ROP. Exames periódicos de mapeamento de retina com identificação escleral 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 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.

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. No Município de São Paulo, em 2007, ocorreram 188.341 nascidos vivos na rede pública e privada, sendo que nas maternidades vinculadas à RPMP nasceram 106.011 crianças, ou seja, 98% dos partos da rede do SUS (108.547). Destes, 1.678 (1,6%) foram prematuros com 32 semanas ou menos de gestação. Nesse sentido, a RPMP juntamente com a Área Técnica de Saúde Ocular e a Área Técnica da Saúde da Criança e do Adolescente da SMS identificaram a necessidade do diagnóstico precoce, tratamento e seguimento destes recém-nascidos (RN) com risco de ROP.

Devido à necessidade de equipamento tecnológico avançado como o aparelho de Laser portátil, além de profissionais oftalmologistas com reconhecida experiência na área para o diagnóstico, estadiamento e tratamento da ROP 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. Definiu-se por iniciar esta implantação em maio de 2008, nas maternidades municipais e conveniadas ao município de São Paulo totalizando 18 maternidades, além do Hospital Municipal Menino Jesus, que possui um berçário externo. Nestas maternidades elencadas houve 47.299 nascidos vivos em 2007, ou seja, foram responsáveis por 45% dos nascimentos das maternidades vinculadas à RPMP. Além de 535 (1,1%) nascimentos de RN com 32 semanas de gestação ou menos.

METODOLOGIA:

Foi elaborado um Edital que definiu as normas para a contratação de empresas que pudessem atuar nas maternidades definidas pelo programa. Além disso, definiram-se a experiência dos profissionais que poderiam participar, como seria feita a cobrança e a precificação dos procedimentos. Através deste Edital foi contratada equipe devidamente qualificada, que faz visitas semanais nas maternidades para acompanhamento dos prematuros de risco para ROP e registram em planilhas semanais e mensais os atendimentos e tratamentos feitos. Estas planilhas são enviadas mensalmente a área Técnica de Saúde Ocular e à RPMP para avaliação e controle de qualidade. As crianças que necessitam de seguimento oftalmológico após a alta hospitalar e as que fizeram cirurgia para tratamento da ROP são encaminhadas a serviço de referência conveniado com a SMS.

RESULTADOS:

Apresentamos na tabela 1, consolidado de maio a dezembro de 2008 das visitas realizadas às maternidades, quais as maternidades acompanhadas, o número de RN avaliados e os tratamentos realizados. Entra tabela 1.

Na tabela 2 separamos as avaliações que foram feitas devido a algum fator de risco que pudesse desencadear a ROP de outras avaliações realizadas por solicitação do Neonatologista. Neste item estão incluídas as infecções congênicas, cataratas, reavaliações nos RN em que houve necessidade de confirmação do reflexo vermelho e outras alterações oculares.

Foram identificados 150 casos de retinopatia da prematuridade (ROP) nos RN considerados de risco, destes 14 (9,3%) necessitaram de cirurgia. Os casos restantes houve apenas necessidade de acompanhamento pelo oftalmologista.

CONCLUSÕES:

É 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 volume de nascidos vivos no município e consequentemente o grande número de RN com risco de desenvolverem esta enfermidade (prematuros com 32 semanas ou menos de gestação e/ou com peso de nascimento menor ou igual a 1.500g) e potencialmente poderem desenvolver déficits visuais graves.

Nesse sentido, apresentamos um modelo que se mostrou de sucesso na identificação, diagnóstico e tratamento precoces.

Os autores sugerem que este processo seja estendido para outras maternidades públicas, com a garantia do acompanhamento destas crianças, após a alta, através de serviços de referência para que possam identificar tratar e iniciar a estimulação precoce, proporcionando uma melhor qualidade de vida a estes indivíduos e reduzindo os gastos sociais futuros associados aos déficits visuais graves.

**CONSOLIDADO ANUAL (MAIO A DEZEMBRO) DA PRODUTIVIDADE E CUSTOS DA RETINOPATIA DA
PREMATURIDADE (ROP) NO ANO DE 2008.**

REGIÃO	HOSPITAL	Nº VISITAS	RN ACOMPANHADOS	Nº AVALIAÇÕES	TRATAMENTOS
CO	MÁRIO DEGNI - JD SARAH	32	56	89	1
CO	SOROCABANA	31	12	12	0
CO	BENEFICÊNCIA PORTUGUESA	31	29	104	3
CO	H. INFANTIL MENINO JESUS	29	20	34	0
CO	HSPM	31	14	42	0
L	ALÍPIO C. NETTO - ERM. MATARAZZO	31	29	53	1
L	TIDE SETUBAL	32	94	120	0
L	WALDOMIRO PAULA - PLANALTO	32	40	57	0
L	CIDADE TIRADENTES	8	4	5	0
N	VN CACHOEIRINHA	31	88	158	5
N	STORÓPOLI - VILA MARIA	31	62	87	1
N	JOSÉ S. HUNGRIA - PIRITUBA	28	43	50	0
S	FERNANDO M. P. ROCHA - CAMPO LIMPO	31	125	208	0
S	SANTA CASA SANTO AMARO	31	54	91	1
S	M'BOI MIRIM - MOISÉS DEUSTCH	8	8	11	0
SE	ARTHUR R. SABOYA - JABAQUARA	30	14	45	2
SE	IGNACIO P. GOUEIA - JOÃO XXIII	29	44	55	0
SE	CARMINO CARICHO - TATUAPE	24	15	28	0
SE	AMPARO MATERNAL	29	17	32	0
	TOTAL	529	768	1281	14

Fonte: Planilhas da Oftalmologia - ROP.

**NÚMERO DE AVALIAÇÕES OFTALMOLÓGICAS E RN COM RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (ROP) DE
MAIO A DEZEMBRO DE 2008 NAS MATERNIDADES MUNICIPAIS E CONVENIADAS.**

Região	HOSPITAL	nº RN com ROP	nº de avaliações RN de risco para ROP	nº de tratados ROP	Outras Avaliações em RNs
CO	HM DR.MARIO DEGNI - JD.SARAH	11	89	1	0
CO	H. SOROCABANA	0	1	0	11
CO	H. BENEFICÊNCIAPORTUGUESA	7	94	3	10
CO	H. INFANTIL MENINO JESUS	0	20	0	14
CO	HSPM	7	38	0	4
L	HM ALÍPIO C. NETTO - ERM. MATARAZZO	12	52	1	1
L	HM TIDE SETUBAL	13	119	0	1
L	HM WALDOMIRO DE PAULA - PLANALTO	5	56	0	1
L	HM CIDADE TIRADENTES	1	5	0	0
N	HM VN CACHOEIRINHA	37	155	5	3
N	HM JOSÉ STORÓPOLI - VILA MARIA	9	83	1	4
N	HM PIRITUBA - JOSÉ S. HUNGRIA	3	50	0	0
S	HM FERNANDO M. P. DA ROCHA - CAMPO LIMPO	23	198	0	10
S	SANTA CASA SANTO AMARO	5	82	1	9
S	HM M'BOI MIRIM - MOISÉS DEUSTCH	2	11	0	0
SE	HM ARTHUR R. SABOYA - JABAQUARA	8	42	2	3
SE	HM IGNACIO P. GOUEIA - JOÃO XXIII	4	53	0	2
SE	HM CARMINO CARICHO - TATUAPE	1	28	0	0
SE	AMPARO MATERNAL	2	25	0	7
	TOTAL	150	1201	14	80

Fonte: Planilhas da Oftalmologia - ROP

O impacto epidemiológico para a municipalidade deve ser ressaltado pelo baixo custo deste modelo de implantação de serviço de oftalmologia quando comparados aos custos gerados aos serviços públicos de saúde no seguimento destes pacientes quando diagnosticados tardiamente. Os

autores apresentarão também uma análise dos principais fatores associados aos casos de Retinopatia da Prematuridade, discutindo possíveis condutas para a sua prevenção.

TO0073 - ESTUDO SOBRE O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO ONA EM HOSPITAIS ACREDITADOS NO NÍVEL 3

Autor: LISMAR ISIS CAMPOS; Co-autores: FÁBIO LEITE GASTAL; RENATO CAMARGOS COUTO

Resumo

Estudo das organizações hospitalares acreditadas nível 3. Compara as mudanças nestas organizações considerando a data de início do processo de Acreditação, a data em que recebeu o título de acreditado ONA e o ano de 2006. O estudo demonstrou que os hospitais apresentaram resultados com tendência favorável no ebtida, satisfação do cliente externo e satisfação do cliente interno. Não houve tendência favorável para despesas com funcionários/colaboradores: contratados ou terceirizados, e despesas com materiais médico-hospitalares. Ainda assim, esses hospitais apresentaram índices melhores que a média brasileira da região Sudeste. Houve melhoria no desempenho das organizações concomitantemente ao processo de Acreditação ONA.

Palavras-chave: Acreditação, Administração Hospitalar, Benchmarking, Indicadores de Gestão e Dissertações acadêmicas.

Introdução

O caminho progressivo das organizações hospitalares em busca da melhoria da qualidade de seus serviços, tem sido motivado por um conjunto de fatores. O econômico relacionado à remuneração insuficiente para a cobertura das despesas com a assistência, a relação médico-paciente, no qual o paciente tem acesso facilitado às informações sobre tratamentos disponíveis e a seu favor foram estabelecidas legislações que garantem seus direitos. (FREIRE, 2005).

As instituições hospitalares, por sua vez, na condição de co-responsáveis pelo exercício da medicina, passam a buscar através da qualidade, a organização de seus processos e o gerenciamento dos riscos, com o intuito de evitar e reduzir as probabilidades de ocorrências indesejadas decorrentes da assistência prestada ao cliente e suas conseqüências. (ALMEIDA, 2005).

Pode-se afirmar que como reflexo da disseminação e aprimoramento metodológico do Sistema de Acreditação, associado a fatores econômicos e jurídico-sociais, as organizações hospitalares públicas, privadas e filantrópicas, tem paulatinamente focado sua atenção para a melhoria da qualidade de seus serviços. Esses hospitais vão de encontro à qualidade, definida por Donabedian (1980), "... que consiste na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o paciente, e ao menor custo". (BONATO, 2003).

As Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde - OPSS vêm utilizando a norma de gestão do Sistema Brasileiro de Acreditação de maneira progressiva. Em 22/01/2009, o site da ONA apresentava 99 hospitais acreditados. (ONA b). Há forte tendência ao crescimento, conforme demonstra a TAB. 1

TABELA 1

Certificações Hospitalares							
Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
	3	4	8	16	22	26	79

Fonte: Gerência-Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde-GGTSS/ANVISA 2006

Entretanto, ainda não existia uma avaliação objetiva da capacidade do conjunto de requisitos gerenciais da norma determinar os resultados de qualidade esperados, o que se faz necessário em vista dos recursos envolvidos no processo e número expressivo de hospitais no país

Justificativa

Os hospitais são empresas complexas e envolvem diversificadas atividades na promoção da saúde. (OLIVA, 2004).

Na área hospitalar os avanços tecnológicos ocorrem com rapidez levando à necessidade de mudança e adaptabilidade. Há exigência para que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, impulsionando hospitais a adotarem estratégias de excelência hospitalar, sob o risco de não sobreviverem. (OLIVA, 2004).

Há muitos anos fala-se em melhorar a qualidade da assistência, porém a diferença é que a partir dos anos noventa há melhores sistemas e métodos para ajudar nesse propósito. Os pacientes e profissionais da saúde reconhecem que a atenção médica poderia ser melhor, e em conseqüência, muitos países propuseram iniciativas de reforma dos seus sistemas de saúde.

Entre os fatores que contribuíram para esta questão são identificadas:

- Maior conscientização dos pacientes, como usuários dos serviços de saúde;
- Maior atenção para a qualidade em todos os ramos da economia, ao reconhecer que esta é a chave para o êxito à longo prazo;
- A necessidade de controlar os custos da saúde. (GILMORE, 1997).

Rodrigues (2004), afirma que no Brasil, a busca pela qualidade torna-se valiosa se for considerada a situação precária de muitos serviços de saúde, decorrente de:

- Recursos insuficientes, utilizados de maneira inadequada;
- Inexistência ou escassa aplicação do planejamento estratégico;
- Falta de sistemas de informações confiáveis;
- Ausência de sistemas de gestão baseados em melhoria de
- Processos e centrados em resultados;
- Carência de indicadores de desempenho;
- Ausência de padrões de qualidade;
- Alto custo da baixa qualidade (desperdício, (re) trabalho entre outros);
- Inexistência de cultura de qualidade voltada para a satisfação dos clientes.

Segundo Oliva (2004), cresce a demanda por ferramentas que possibilitem a garantia da qualidade dos serviços prestados, para que as empresas tomem-se competitivas e façam frente ao crescente aumento da concorrência no mercado.

O Programa Brasileiro de Acreditação surge como uma estratégia governamental para avaliar a qualidade das estruturas físicas e tecnológicas, a qualidade da gestão e da assistência, adotando medidas que apontem para a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. (MBAH, 2002).

Este estudo avalia as transformações ocorridas nas organizações acreditadas com excelência que adotaram esta estratégia.

Métodos

Estudo observacional descritivo, de uma tendência periódica de organizações hospitalares que implementaram os requisitos do Sistema Brasileiro de Acreditação em seus três níveis, baseado em revisão bibliográfica e análise de questionários. Foi escolhida uma amostra de conveniência com a seleção de quatro casos para o estudo, tendo como critério a proximidade geográfica entre eles, correspondendo a 26,6% dos hospitais acreditados com excelência no ano de 2007.

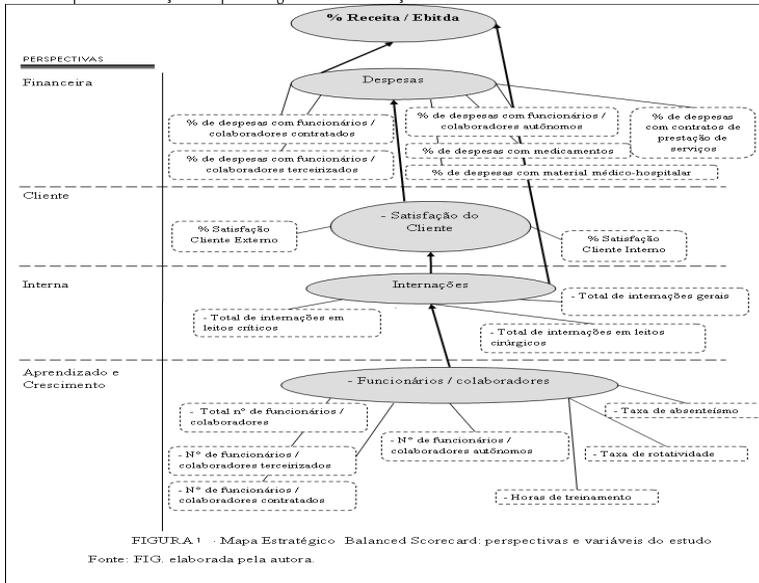
Foram prestadas orientações aos hospitais quanto aos critérios para o cálculo dos indicadores, visando à garantia da uniformidade das informações.

As fontes para a pesquisa foram artigos científicos, dissertações acadêmicas, textos técnicos, sítios na internet, documentos existentes e disponíveis no Ministério da Saúde, na Organização Nacional de Acreditação (ONA), capítulos de livros e questionários respondidos por diretores e especialistas em qualidade e finanças dos hospitais selecionados acreditados com excelência.

Atendendo aos princípios Éticos e de acordo com a Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado aos hospitais entrevistados com o objetivo de proteger as instituições e as pessoas tratando-as com dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo-as em sua vulnerabilidade, ponderando riscos e benefícios individuais ou coletivos (atuais e/ou potenciais), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, garantindo, assim, a não maleficência.

As variáveis utilizadas para a realização desse estudo foram escolhidas considerando o método Balanced Scorecard - BSC (Kaplan, 2004), contemplando as suas quatro perspectivas: financeira, clientes, interna, aprendizado e crescimento.

A FIG. 01 apresenta o esboço de mapa estratégico do BSC em relação às variáveis deste estudo.



Resultados

Participaram do estudo 04 hospitais privados, sendo um deles filantrópico. Todos atendem pacientes de planos de saúde e dois atendem também ao Sistema Único de Saúde - SUS. Nenhum informou ter despendido mais de três anos para a obtenção da certificação. Malik (2001) realizou estudo com 97 organizações hospitalares de São Paulo, para identificar hospitais com programas de qualidade. Vinte e dois hospitais (23%), afirmaram ter alguma iniciativa de qualidade. Nenhum deles relatou tempo de implantação maior que três anos.

Perspectiva Financeira

Os hospitais A, B, C, D apresentaram tendência favorável no Ebitda. O ganho de eficiência financeira nos hospitais foi de 747% (B), 119% (D), 100% (C) e 49% (A). Os índices de inflação foram de 64,7% (D), 57,3% (C) e 27,7% (A e B). Os hospitais apresentaram desempenho financeiro com capacidade de suprir os índices de inflação e de gerar um superávit com percentuais acima da média nacional.

O percentual médio de despesas com funcionários variou de 25,64% (Hospital C) a 39,93% (Hospital B). A média brasileira foi de 49,8%, superior aos índices dos hospitais.

Perspectivas	Hospitais			
	A	B	C	D
Financeira (01 variável resultado financeiro: Ebtida) (6 variáveis de despesas)	100%	100%	100%	100%
Cliente (2 variáveis)	100%	100%	100%	100%
Interna (3 variáveis)	33%	100%	0%	100%
Aprendizado e Crescimento (4 variáveis)	50%	50%	50%	50%

TABELA 02

Fonte: TAB. elaborada pela autora - 2007.

Os reajustes salariais compõem o escopo da inflação e ao associá-lo com aumento de internações em sub-populações criticamente enfermas contribuem desfavoravelmente para a redução de custos. O crescimento das internações em leitos críticos foi de 239% (B), 98% (C), 260% (D) e em leitos cirúrgicos de 243% (B), 253% (C) e 14% (D). Os hospitais apresentaram capacidade de suprir os reajustes salariais e o aumento de custo pelo uso mais intenso de mão de obra. Houve redução do custo com mão de obra por Real (R\$) faturado com clara evidência de aumento de eficiência.

Houve aumento no percentual de despesas com material médico hospitalar possivelmente pelo crescimento das internações. Os hospitais apresentaram desempenho gerencial com capacidade para minimizar os impactos da inflação e os decorrentes da mudança de perfil de pacientes para sub-populações com demandas de maior consumo. O aumento de eficiência no uso de recursos humanos e de materiais são determinantes do aumento expressivo do Ebtida.

Perspectiva Cliente:

As variáveis de satisfação dos quatro hospitais tiveram tendência favorável e com alguns índices próximos a 100%. O aumento da satisfação é oriundo da capacidade da organização em atender os requisitos do cliente. Estes indicadores de resultados são uma medida indireta do aumento da eficácia dos processos.

Perspectiva Interna:

Um hospital não teve nenhuma das variáveis com tendência positiva. Dois hospitais tiveram todas as variáveis com tendência positiva. Houve aumento no percentual de internações/leito/ano do Hospital B de 172% e no Hospital C de 100%, demonstrando melhoria de eficiência com o processo de acreditação. Houve diminuição de internações/leito/ano de 4% no Hospital A e 10% no Hospital D e aumento de internações em leitos críticos respectivamente de 13% e 260%. O número de internações por leito é determinado pela gravidade da doença e pela capacidade gerencial operacional. Pacientes críticos possuem permanência maior o que explicaria os achados de rotatividade de leitos.

Perspectiva Aprendizado e Crescimento:

Todos os hospitais realizaram treinamentos durante e após a implantação do processo. Houve diminuição da rotatividade nos hospitais com índices expressivos.

No Hospital A de 3% de redução, Hospital B de 37%, Hospital C de 40%. A diminuição dos índices de rotatividade possivelmente está associada à melhoria dos processos de gestão de pessoas estabelecidos pelos requisitos da norma de acreditação. Houve aumento no Hospital D de 12%. Este aumento pode significar uma ação gerencial com análise crítica da necessidade de RH na organização. As evidências impossibilitam relacionar este resultado ao processo de acreditação.

Houve aumento do absenteísmo no Hospital A de 18%, no B de 11% e no D de 89%. Houve queda no Hospital C de 5%. Este aumento possivelmente está associado ao processo de capacitação, uma vez que os treinamentos podem ser considerados como ausências ao trabalho. Outras causas de absenteísmo não estudadas podem ter influenciado no resultado.

O índice de funcionário/leito foi menor nos Hospitais A, C e D em relação à mediana de 4,85 dos hospitais com selos de qualidade do Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar – CQH. (Boletim Proahsa - no 40, 2007). O Hospital B apresentou diferença de 0,83 em relação à mediana. Houve aumento do número de funcionários de 1,55% (A), 186% (B), 14% (C), 42% (D), associado à ampliação de leitos em 14% (C), 25% (D) e aumento de internações em leitos críticos 13% (A), 239% (B), 98% (C), 260% (D) que demandam maior relação funcionário/leito, com a finalidade de garantir uma assistência segura.

Conclusões

Os achados deste estudo sugerem que o processo de acreditação, em seus três níveis, contribuiu para:

Perspectiva Financeira

o resultado de superávit financeiro ou de recuperação do Ebtida dos hospitais com índices superiores à média nacional;
o desempenho gerencial/financeiro, auxiliando às instituições a obterem condições para absorverem o aumento do custo saúde decorrente da inflação e ainda de gerar receita excedente acima da média nacional;

que os hospitais apresentam forte tendência de melhoria no indicador Ebtida;

a melhoria do desempenho gerencial resultando na capacidade institucional de suprir os reajustes salariais decorrentes da inflação e absorver o aumento do custo pelo uso mais intenso de mão de obra específica;

a redução do custo com mão de obra por real (R\$) faturado e evidência de aumento de eficiência;

a redução dos custos decorrentes de inflação de despesas com materiais e medicamentos e da mudança e ou aumento das sub-populações com maior demanda de consumo, e

- o ganho de eficiência na utilização e na ampliação de leitos com melhoria do Ebitda.

Perspectiva Cliente:

- o aumento da satisfação do cliente externo e do cliente interno;
- a eficácia dos processos, avaliada indiretamente pelo aumento da satisfação dos clientes externos e internos;
- promover e fortalecer a confiança dos clientes externos na qualidade dos processos assistenciais, demonstrados pelo aumento da satisfação.

Perspectiva Interna

- aumentar a produtividade de leitos com melhoria de eficiência e eficácia;
- aumentar o número de interações gerais, em leitos críticos e em leitos cirúrgicos;
- melhorar os processos da organização certificada com ISO 9000, pelo fato da acreditação ser sistêmica e sua avaliação não permitir variação de escopo, levando à revisão dos processos mais complexos que são os finalísticos;
- melhorar os processos e a aplicação de práticas mais eficientes através de despesas de pessoal e material médico-hospitalar com índices menores que a média nacional.

Perspectiva Aprendizado e Crescimento

- fixar os profissionais, constatado pela diminuição da taxa de rotatividade, mantendo o conhecimento investido pelos treinamentos;
- organizar e melhorar o processo de gestão de pessoas;
- manter a relação funcionários/leito em patamares de mercado;
- aumentar a satisfação do cliente externo.

Este estudo sugere que o método de gestão da qualidade, definido nos requisitos dos três níveis da norma da acreditação - ONA determina o aumento da eficiência e da eficácia financeira, dos processos organizacionais, do atendimento aos requisitos dos clientes, do desenvolvimento e satisfação dos colaboradores, levando à melhoria dos resultados hospitalares e da qualidade da assistência.

Referências

- ALMEIDA, A.H.T. Responsabilidade dos hospitais, clínicas e assemelhados – o contrato hospitalar. In: Lana, R.L et alli, Temas de direito médico. Rio de Janeiro: Ed. Espaço Jurídico, 2005, 581p
- PROAHS. Boletim de indicadores. Indicadores Proahsa. No 40, ano IX, outubro/dezembro – 2005
- BONATO, V.L. Programas de Qualidade em Hospitais do Município de São Paulo. Tese de Doutorado. S.P: Faculdade de Saúde Pública USP, 2003. 158p.
- CAMPOS, L.I. Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo sistema brasileiro de acreditação – ONA. M.G. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da UFMG, 2007. 133f.
- DONAHUE, J.K.T. et alli. A evolução dos sistemas de acreditação de instituições de saúde. In: Ensaio: avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro: Fundação Cesgranrio, Junho/2000, v.8, 128p.
- FIPE. Fundação do Instituto de Pesquisas Econômicas. www.fipec.org.br.
- FREIRE, H. Responsabilidade médica no Código de Defesa do Consumidor. In: Lana, R.L et alli, Temas de direito médico. Rio de Janeiro: Ed. Espaço Jurídico, 2005, 581p.
- GILMORE, C.M. & NOVAES. H.M. Manual de Gerência da Qualidade. Organização Panamericana de Saúde/OPAS. Washington-USA: Série HSP/Manuais Operacionais PALTEX, 1997, número 9, Volume III, 243p.
- GGTS- Gerência Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde/ANVISA. Segundo Relatório sobre o Sistema Brasileiro de Acreditação. Brasília, 2006.
- KAPLAN, RS & NORTON, D.P. Mapas estratégicos – balanced score card: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004, 471p.
- MALIK, A.M. & TELES, J.P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. SP, RAE - Revista de Administração de Empresas - Jul/Set. 2001 v. 41, n. 3, p. 51-59.
- OLIVA, F.A. & BORBA, V.R. BSC Balanced Scorecard – ferramenta gerencial para organizações hospitalares. São Paulo: Iátria, 2004, 284p.
- ONA. Manual brasileiro de acreditação hospitalar. Brasília, 2002, 107 p. (ONA a)
- ONA – Relação de hospitais acreditados; relação de instituições acreditadoras credenciadas. www.ona.org.br. (ONA b)
- RODRIGUES, E.A.A. Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e da Experiência Brasileira. Dissertação apresentada como requisito para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde. Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/MS, março/2004, 75f.
- T00077 - QUANTIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS INTERAÇÕES ENTRE FÁRMACOS E ALIMENTOS OBSERVADAS NOS PACIENTES EM PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DE UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR.**
- Autor: MARCELLO REICHER; Co-autores: MICHELLE REMIÃO UGOLINI; MICHELLE REMIÃO UGOLINI; ANA AYUMI UETA TAKAHASHI
- Resumo
- Interações entre medicamentos e alimentos são um assunto com informações ainda escassas, embora conhecê-las seja importante para que o tratamento e o estado nutricional do paciente não sejam prejudicados. Objetivou-se analisar e quantificar, via software Drug Interactions Checker, interações medicamento-alimento de pacientes de uma empresa de Assistência Médica Domiciliar propor aperfeiçoamentos ao sistema de prescrições, proporcionando maior segurança aos pacientes. Dos pacientes, 79,9% apresentavam alguma interação potencial, que poderia causar diminuição da eficácia terapêutica e prejudicar sua nutrição. Devido à baixa média de 1,64 interações por paciente, a correta orientação de médicos, auxiliares e familiares poderia sozinha minimizar esses efeitos indesejados.

Palavras-Chaves: Interações alimento-droga, Serviço de assistência domiciliar

Introdução

O alimento pode causar alterações nos efeitos farmacológicos ou na biotransformação do fármaco e este, por sua vez, pode modificar a utilização do nutriente, com implicações clínicas tanto na eficácia terapêutica medicamentosa como na manutenção do estado nutricional. 1

As interações são dependentes da natureza dos nutrientes, dos elementos que compõem o alimento, das características do fármaco, do tempo de trânsito no trato digestivo e dos mecanismos de absorção intestinal.

O volume, a temperatura, a viscosidade, a pressão osmótica e o caráter ácido básico dos alimentos alteram o tempo de esvaziamento gastrointestinal e as condições de solubilização através da formação de quelatos ou complexos e, conseqüentemente, alteram também a absorção de fármacos. 1

De forma semelhante, os fármacos modificam a motilidade gastrointestinal, o pH intra luminal, a morfologia celular da mucosa e a atividade de enzimas intestinais, a flora bacteriana, formam complexos mais ou menos insolúveis, alteram a solubilização e a absorção de nutrientes. 1

O estado nutricional, por exemplo, aumenta ou retarda as funções digestivas, hepáticas e pancreáticas, influenciando o metabolismo ou a biotransformação tanto na mucosa intestinal, como na hepática. Desta forma, a meia-vida plasmática de muitos fármacos pode ser reduzida quando dietas específicas forem administradas. 1

Do ponto de vista clínico, as interações entre os alimentos e fármacos são importantes quando houver diminuição da eficácia terapêutica, aumento de efeitos tóxicos ou quando resultarem em má absorção e utilização incompleta de nutrientes, comprometendo o estado nutricional ou acentuando a desnutrição já existente. Tais situações despertam interesse particularmente em pacientes com idade avançada, devido à presença muitas vezes de doenças crônicas e utilização de múltiplos medicamentos. 1,2,3

Diferentes estudos de avaliação do uso de medicamentos constataram que, além da utilização de um grande número de fármacos entre os idosos, 4,5 há prevalência do uso de determinados grupos de medicamentos, como analgésicos, anti-inflamatórios e psicotrópicos, medicamentos que possuem alto índice de interações com alimentos.

Em algumas circunstâncias, recomenda-se a administração de determinados medicamentos com o estômago cheio, a fim de minimizar a ação irritativa destas drogas. 1

Em muitos casos, a própria ação pretendida do medicamento exige que ele seja administrado de forma seqüencial com as refeições. Tal seria o caso dos digestivos (eupépticos ou antidiispépticos) e muitas vezes dos antieméticos, antiácidos gástricos, medicamentos utilizados no tratamento da hiperacidez gástrica e úlcera péptica, antifilatulentos (antiinfésiticos), hepatoprotetores entre outros. 1

Além disso, o tipo de alimentação ingerida pode dificultar ou impedir a ação de medicamentos como, por exemplo, a ingestão excessiva de açúcares em pacientes fazendo uso de anti-diabéticos, dieta inadequada no caso de doentes usando medicamentos hipocolesteroliantes, antigotosos, antihipertensivos e diuréticos. 1

Assim, a ingestão de um medicamento longe, próximo, imediatamente antes ou depois e durante as refeições pode ter muita importância na obtenção de efeito desejado. Tais fatos devem ser do conhecimento do profissional que deve advertir seus pacientes a respeito. 1

Justificativas

1-) Analisar as prescrições dos pacientes do programa HC Adulto da empresa de assistência domiciliar procurando por interações entre fármacos e alimentos uma vez que os estudos com essa tipo de análise são bastante escassos.

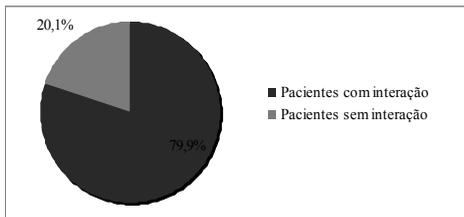
2-) Analisar o percentual dos dados obtidos para saber o real interesse em aperfeiçoar o sistema de prescrições.

3-) Classificar as interações de acordo com sua gravidade (leve, moderada e importante) para gerar uma prioridade de abordagem dos casos.

4-) Propor alternativas para melhorar o sistema de prescrições e diminuir interações entre fármacos e alimentos, proporcionando maior segurança para nossos pacientes.

Métodos

Foi realizada a análise das prescrições das pacientes do programa HC Adulto da empresa de Assistência médica domiciliar no período de outubro a dezembro de 2008, o que totalizou um número de 164 prescrições. O software utilizado para a análise foi o Drug Interactions Checker7 (encontrado disponível em: [HTTP://www.drugs.com](http://www.drugs.com)) aprovado pelo FDA, capaz de localizar as possíveis interações medicamentosas entre fármacos/fármacos e fármacos/alimentos.



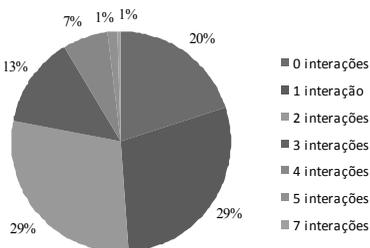
fármacos e alimentos proporcionando maior segurança para nossos pacientes.

Resultados

Apresentação de dados obtidos na análise

Foram analisadas 164 prescrições, contendo em média 9,59 medicamentos

Os dados foram tabelados, quantificados e submetidos a diversas análises. Foram então discutidas propostas para aperfeiçoar o sistema de prescrições e diminuir interações entre



e desvio padrão de 4,87. Do total de prescrições analisadas, 79,9% continham algum tipo de interação medicamento-alimento e 20,1% das prescrições não apresentavam interações.(Gráfico 1).

Gráfico 2- Frequência do número de interações alimento-medicamento

As prescrições continham em média 1,64 interações entre medicamentos e alimentos e um desvio padrão de 1,28. Na tabela abaixo é possível observar quantos pacientes apresentavam determinada quantidade de interações medicamento-alimento. O máximo de interações encontrado em uma prescrição foi de 7, observado em apenas uma prescrição. A maioria das prescrições (78%) apresentou entre 0 a 2 interações apenas (Tabela 1 - Gráfico 2).

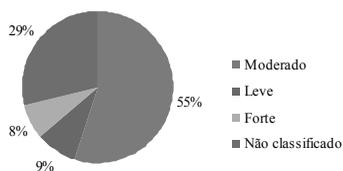
Quantidade de interações	Número de prescrições	Porcentagem
0 interações	33	20%
1 interação	47	29%
2 interações	48	29%
3 interações	22	13%
4 interações	11	7%
5 interações	2	1%
6 interações	0	0%
7 interações	1	1%

Tabela 1- Frequência do número de interações alimento-medicamento

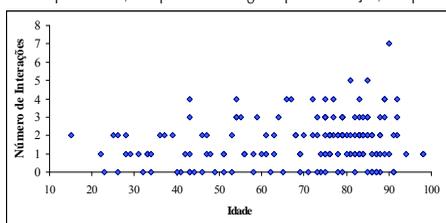
Os medicamentos que possuíam qualquer interação com alimentos foram classificados de acordo com a frequência de aparecimento nas prescrições como pode se observar na Tabela 2.

Medicamentos	Quantidade de pessoas que tomam o medicamento	Participação no total de interações com alimentos
Domperidona	38	14%
Fenitoína	27	10%
Levotiroxina	24	9%
Bromoprida	25	9%
Amiodarona	17	6%
Sulfato Ferroso	13	5%
Risperidona	11	4%
Clopidogril	10	4%
Atorvastatina	11	4%
Losartana	10	4%
Varfarina	10	4%
Digoxina	11	4%
Penicilina	10	4%
Zolpidem	9	3%
Enalapril	8	3%
Atenolol	7	3%
Alendronato	7	3%
Psyllium	5	2%
Esomeprazol 40 mg	2	1%
Valsartano	2	1%
Ciprofloxacino	2	1%
Morfina	2	1%
Propatinitrato	4	1%
Teofilina	1	0%
Metoprolol	1	0%
Metotrexato	1	0%
Propranolol	1	0%
Telmisartano	1	0%
Candesartano	1	0%
Ibesartano	1	0%
Linezolida	1	0%
Anticídios	1	0%
Flunitrazepam	1	0%
Nimesulida 50mg/ml	1	0%
Clobazam	1	0%

terapêutica do medicamento, aumentam de efeitos tóxicos, e resultam em má absorção ou utilização incompleta de nutrientes. Isso demonstra a importância de uma atenção individual na hora de prescrever cada medicamento. Uma proposta para evitar essas possíveis interações seria gerar um documento, a ser entregue a família e aos auxiliares do paciente, com recomendações explícitas a respeito das interações alimento-medicamento de cada fármaco prescrito.



Apesar de 79,9% apresentarem algum tipo de interação, é importante ressaltar que apenas 22% das prescrições possuem mais de 2 interações.



O medicamento mais frequentemente prescrito que continha alguma interação com alimento foi a Domperidona que estava presente em 38 (13,7%) das prescrições analisadas, seguido da Fenitoína, presente em 27 (9,7%) das prescrições.

Através do software Drug Interactions Checker, as interações foram classificadas de acordo com a sua gravidade. O resultado obtido foi que a maioria das interações (55%) eram do tipo moderada, 8% eram do tipo forte e 9% do tipo leve. Existiram alguns medicamentos que não existiam do banco de dados do Drug Interactions Checker e portanto não foram classificados quanto à intensidade da interação (Gráfico 3). A análise da correlação entre idade dos pacientes e existência de interações mostrou que as prescrições que continham o maior número de interações eram principalmente de pacientes idosos (Gráfico 4).

Observando as recomendações feitas a cada medicamento para evitar as interações medicamento-alimento, percebemos que era possível agrupá-las e verificar a frequência em que elas apareciam nas prescrições. Dentre as recomendações a mais frequente era a administração em jejum (19,9%) seguida de evitar bebidas alcoólicas (15,5%)-(Tabela 3 e Gráfico 5).

Discussão

Através dessa análise foi possível observar que a maioria das prescrições (79,9%) apresentava algum tipo de interação alimento-medicamento. Interações essas, que provocam diminuição da eficácia em má absorção ou utilização incompleta de nutrientes. Isso demonstra a importância de uma atenção individual na hora de prescrever cada medicamento. Uma proposta para evitar essas possíveis interações seria gerar um documento, a ser entregue a família e aos auxiliares do paciente, com recomendações explícitas a respeito das interações alimento-medicamento de cada fármaco prescrito. Nesse documento estariam informações a respeito do horário de administração dos medicamentos (se durante as refeições ou em jejum), informações sobre quais alimentos devem ser abolidos ou evitados em sua dieta, e uma explicação sucinta sobre os efeitos deletérios dessas interações. Esse documento deveria ser fornecido juntamente com a prescrição, e a importância do seguimento dessas orientações deve ser ressaltada pelo médico visitador da casa.

Isso indica que provavelmente apenas a criação desse documento com as orientações seja suficiente para evitar esses tipos de interação.

Gráfico 4- Quantidade de interações por idade do paciente

A análise da correlação entre idade dos pacientes e existência de interações mostrou que as prescrições que continham o maior número de interações eram principalmente de pacientes idosos. O que mostra que deve existir um cuidado especial na hora de prescrever pra estes pacientes, devido ao fato de apresentarem, na

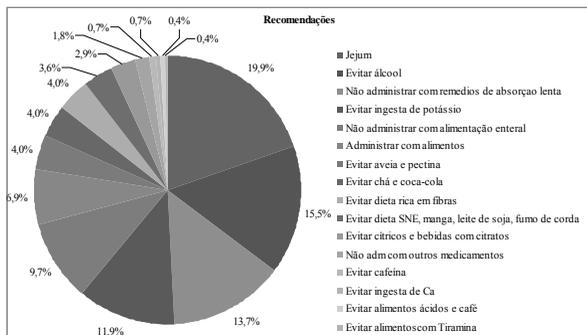
maioria das vezes, um estado nutricional mais debilitado e um maior índice de complicações em decorrência da utilização de medicamentos.

Recomendação	Quantidade	% interações
Jejum	55	19,9%
Evitar álcool	43	15,5%
Não administrar com remédios de absorção lenta	38	13,7%
Evitar ingestão de potássio	33	11,9%
Não administrar com alimentação enteral	27	9,7%
Administrar com alimentos	19	6,9%
Evitar aveia e pectina	11	4,0%
Evitar chá e coca-cola	11	4,0%
Evitar dieta rica em fibras	11	4,0%
Evitar dieta SNE, manga, leite de soja, fumo de corda	10	3,6%
Evitar cítricos e bebidas com citratos	8	2,9%
Não administrar com outros medicamentos	5	1,8%
Evitar cafeína	2	0,7%
Evitar ingestão de Ca	2	0,7%
Evitar alimentos ácidos e café	1	0,4%
Evitar alimentos com Tiramina	1	0,4%

Tabela 3- Ordem de medicamentos interativos mais frequentes

Outra proposta para dar continuidade ao atual estudo seria analisar individualmente os casos de tratamentos refratários ou de tratamentos com múltiplas drogas para uma determinada doença, e observar os hábitos alimentares desses pacientes procurando por possíveis interações medicamento-alimento. Muitos fármacos quando administrados com alimentos apresentam uma queda drástica da sua eficácia terapêutica. É o caso da Fentioína, que quando administrada concomitantemente a dietas enterais diminui sua concentração a níveis subterapêuticos. Nesse caso, ao invés de associar um novo medicamento seria mais seguro e menos custoso tomar cuidado com as orientações sobre a administração da Fentioína.

Gráfico 5- Percentual de cada tipo de recomendação com relação aos medicamentos



Conclusões

Uma empresa de assistência médica domiciliar deve estar sempre gerando melhores alternativas para tornar cada vez mais eficazes suas práticas em saúde. Garantir um tratamento seguro e eficaz para o paciente faz parte dos objetivos de uma empresa consciente.

A análise dessas prescrições e a busca por possíveis interações é uma maneira de se tentar fornecer maior segurança e eficácia terapêutica aos nossos pacientes uma vez que interações entre fármacos e alimentos podem prejudicar o tratamento e o estado nutricional

do paciente.

Apesar de 79,9% das prescrições apresentarem algum tipo de interação entre fármacos e alimentos, a maioria delas possuem entre 1 e 2 interações apenas. Devido à baixa média de 1,64 interações por paciente, a correta orientação de médicos, auxiliares e familiares poderia sozinha minimizar os efeitos indesejados dessas interações.

Estudos individualizados são necessários para avaliar qual o real impacto dessa análise na qualidade de vida dos nossos pacientes, na eficácia terapêutica e na redução de custos com fármacos para esses pacientes.

Bibliografia

- Disponível em: <http://www.merck.com/mmpe/sec20/ch302/ch302d.html?qt=drug%20interactions&alt=sh>. [2 telas]. Acessado em 10 de outubro de 2008.
- Bernstein L et al. Characterization of the use and misuse of medications by elderly ambulatory population. *Med Care* 1989;27:654-63.
- Rozenfeld S. Reações adversas aos medicamentos em idosos: as quedas em mulheres como iatrogenia farmacoterapêutica [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1997.
- Miralles MA. Access to care and medication use among the Ambulatory Elderly in Rio de Janeiro, Brazil, 1992 [dissertation]. Florida: University of Florida; 1992.
- Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relum - Dumará; 1994.
- Pollow R et al. Drug combinations and potential for risk of adverse drug reaction among community-dwelling elderly. *Nurs Res* 1994;43:144-9.
- Disponível em: http://www.drugs.com/drug_interactions.php. Acessado no período de outubro a dezembro de 2008.

TO0078 - ADEQUAÇÃO DO USO DO OXIGÊNIO POR MEIO DA OXIMETRIA DE PULSO, UM PROCESSO IMPORTANTE DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Autor: TELMA DE ALMEIDA BUSCH MENDES; Co-autores: PAOLA BRUNO ARAUJO ANDREOLI; LENY VIERA CAVALHEIRO; CLAUDIA TALERMAN

Palavras-chave: hypoxemia, oxigen monitoring, pulse oximetry, oxigen therapy, adverses event,

Resumo

Objetivo: Avaliar a oxigenação dos pacientes por meio da oximetria de pulso, evitando a hipóxia, cujo dano é rápido e severo e a hiperóxia evitando o desperdício. **Métodos:** Foi realizado um cálculo de amostra com margem de erro em 7%. **Resultados:** Foram auditadas 198 evoluções. A hiperóxia predominou nos setores que o paciente permaneceu monitorado e a hipóxia nos setores em que a monitorização não era contínua. **Conclusões:** Faz-se necessário a conscientização dos profissionais envolvidos na assistência ao paciente sobre a importância da adequação do oxigênio e o risco que isto representa na qualidade do atendimento e segurança do paciente.

Introdução: A oxigenioterapia consiste num tratamento em que a pressão parcial do oxigênio no sangue arterial é aumentada por meio de uma maior concentração de oxigênio no ar inspirado.

É uma terapêutica eficaz indicada em insuficiência respiratória, ou seja, quando o sistema respiratório não consegue manter os valores da pressão arterial de oxigênio (PaO₂) e ou da pressão arterial de gás carbônico (PaCO₂). A administração do oxigênio é indicada em IRp aguda, quando a PaO₂ for inferior a 60 mmHg ou a SaO₂ inferior a 90% pela curva de dissociação da oxihemoglobina. Nos casos de hipoxemia crônica, onde a tolerância à hipoxemia é maior, pode-se utilizar uma PaO₂ limiar de 55mmHg. Nessas condições a oxigenioterapia deve ser sempre introduzida, particularmente nos casos de IRp tipo I (hipoxêmica ou alvéolo-capilar) que compreende as doenças que afetam primariamente vasos, alvéolos e interstício pulmonar (SARA, Pneumonias, Atelectasias, Edema Pulmonar, Embolia Pulmonar, Quase afogamento, DPOC em exacerbação, Asma grave, Pneumotórax). Esta se caracteriza pela presença de queda de PaO₂ com valores normais de PaCO₂. 1

Nos casos de IRp tipo II ocorre elevação dos níveis de gás carbônico por falência ventilatória (alterações do SNC, alterações neuromusculares, periféricas, disfunção da parede torácica e pleura, obstrução das vias aéreas superiores).

Além disso, é comum a hipoxemia em pacientes respirando em ar ambiente.

A administração de oxigênio ao paciente tem indicações clínicas descritas na literatura, e que deve ser rigorosamente seguida pela equipe multiprofissional.

O seu objetivo é manter os níveis de oxigenação adequados para evitar a hipoxemia aguda suspeita ou comprovada cujo dano é rápido e severo; reduzir os sintomas associados à hipoxemia crônica, reduzir a carga de trabalho que a hipoxemia impõe ao sistema cardiopulmonar (hipertensão pulmonar, arritmia e isquemia do miocárdio) e ao SNC.

A confirmação da presença de IR só é feita pela análise dos gases sanguíneos. Uma indicação rápida das condições das trocas gasosas é dada pela oximetria de pulso¹.

Um fato importante que deve ser considerado é que a insuficiência respiratória não se caracteriza por ser um achado clínico exclusivo. A dispnéia pode ser o principal sintoma cuja intensidade e rapidez de aparecimento e evolução auxiliam no diagnóstico. A cianose quando presente é um sinal importante de hipoxemia, porém pode ser despercebida. Em caso de anemia ainda que discreta, ela só estará presente quando a concentração de hemoglobina reduzida exceder 5 g/dl. A medida que a hipoxemia acentua-se, manifestações como diminuição da função cognitiva, deterioração da capacidade de julgamento, agressividade, incoordenação motora, mesmo coma e morte podem ocorrer. Quadro semelhante a este pode ocorrer na elevação do CO₂. No caso de hipoxemia crônica, os pacientes podem apresentar sonolência, falta de concentração, apatia, fadiga e tempo de reação retardado. 1 O sistema nervoso é de todos o mais vulnerável seguido do rim, coração e fígado, por isso que na IRp os sintomas neurológicos predominam.

Mas há outras manifestações clínicas que podem ser mínimas ou ausentes mesmo na vigência de hipoxemia importante, o que reforça ainda mais a necessidade de monitorização da oximetria de pulso. A oximetria (spO₂) é considerada o melhor método de monitorização não invasiva.

Por meio da oximetria é possível avaliar se o nível de oxigênio no sangue arterial é adequado para as necessidades dos tecidos. Ela é uma medida útil para avaliar mudanças agudas do estado clínico do paciente e ajuste do fluxo de oxigênio de acordo com o valor recomendado. Não se podem desconsiderar as limitações impostas pela oximetria de pulso²

Os valores de saturação têm equivalência com a gasometria arterial. Gasometricamente, IRpA (insuficiência respiratória) corresponde a uma PaO₂<60mmHg, SaO₂<90% e PaCO₂> 50mmHg); exceto para pacientes retentores crônicos de CO₂.

Faixa de SaO ₂	Precisão
>90%	+/- 2%
80- 90%	+/- 5%
< 80%	+/- 12%

A literatura comprova a correlação entre a leitura feita pelo oxímetro (spO₂) de pulso, que é a saturação da hemoglobina pelo oxigênio no sangue arterial periférico e a saturação medida no sangue arterial (SaO₂). Há uma variação da precisão que deve ser considerada: 6

A literatura comprova que a monitorização por meio da oximetria de pulso reduz a hipoxemia pré-operatória, possibilita detectar e tratar a hipoxemia relacionada a eventos respiratórios e promover mudanças sérias no cuidado ao

paciente 3.

O uso do oxímetro de pulso é recomendado durante as anestésias pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia em conjunto com o Conselho Federal de Medicina nas sedações, em unidades de terapia intensiva, no transporte de pacientes críticos 4,5

A oxigenação do paciente reflete mudanças na condição clínica do paciente e pode ser alterada por inúmeras razões (acúmulo de secreção), mudança de decúbito com alteração da relação V/Q (Ventilação/ perfusão) e em vários momentos e envolve por tanto toda a equipe ligada à assistência direta ao paciente.

Justificativa: A administração de oxigênio ao paciente tem indicações clínicas descritas na literatura, mas que muitas vezes não são rigorosamente seguidas pela equipe multiprofissional. A checagem da oximetria é rotina na evolução dos atendimentos da fisioterapia independente do uso de oxigênio pelo paciente, mas não é rotina adotada pela enfermagem quando o paciente não faz uso de oxigênio contínuo. As consequências do uso inadequado ou o não uso do oxigênio e a preocupação contínua com a segurança e a qualidade da assistência prestada foi a razão da

realização deste estudo, cujo objetivo foi avaliar o padrão de saturação encontrado nos pacientes que são submetidos a fisioterapia, adequar o valor de saturação periférica e padronizar a rotina da fisioterapia, na checagem da oximetria nas unidades de internação cujo risco de hipóxia é maior, dada a não monitorização contínua do paciente. Além disso, envolver a equipe de enfermagem e de fonoaudiologia na adesão desta rotina reforçando a importância deste monitoramento.

Métodos:

Após a padronização valor de saturação ideal, os fisioterapeutas foram orientados a checar a oximetria de pulso de todos os pacientes com prescrição de fisioterapia, respeitando o número de atendimentos de fisioterapia programados. A orientação dada era checar a oximetria em repouso e também durante as AVDs no caso de doentes pulmonares. Esta saturação deveria ser evoluída e caso houvesse necessidade de administração de oxigênio ou qualquer alteração, aumento ou diminuição do mesmo, isto deveria ser registrado em evolução bem como a justificativa da não correção, quando necessário. Toda e qualquer alteração deveria ser evoluída e as equipes envolvidas, comunicadas. Caso não fosse encontrada justificativa na evolução da fisioterapia, a evolução da enfermagem e a folha de controle com o registro do técnico de enfermagem do horário e valor da saturação foram checados, bem como a evolução da fonoaudiologia quando envolvida no processo. Uma segunda evolução era auditada para verificar se a saturação de oxigênio se mantinha adequada conforme registro em prontuário. O cálculo da amostra foi realizado com base no número de pacientes internados, sem ventilação mecânica e atendidos pela fisioterapia em um período de 15 dias.

Resultados:

Na análise da adequação do uso do oxigênio pode-se notar que de um total de 129 medidas (100%) realizadas pela fisioterapia na primeira evolução, 72 (56%) estavam no valor de normalidade e 57 (44%) encontrava-se alterada.

Do total alterado, 57 (100%), 81% foram por hiperóxia e 19% por hipóxia. Vale destacar que nas unidades fechadas, como Semi-intensiva, Unidade Coronariana e Unidade de Terapia Intensiva onde o paciente permanece sobre monitorização ou com fisioterapia mais intensivamente, o valor de hipoxemia foi pequeno prevalecendo às alterações por hiperóxia.

Deste total de alteração, n=57 (100%), 22 (39%) foram corrigidas pelo fisioterapeuta e 15 (26%) não corrigidas, foram justificadas.

Na segunda evolução, a hiperóxia predominou em todas as áreas, exceto em duas unidades em que uma única medida foi avaliada, pois os pacientes só realizavam fisioterapia uma vez ao dia.

Entre as justificativas encontradas nas unidades com pacientes de maior gravidade e risco, predominou a mudança de quadro clínico como justificativa mais frequente, e em menor porcentagem a tentativa de desmame e o uso de válvula de fala.

Conclusão:

Faz-se necessário a conscientização de todos os profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente sobre a importância da adequação do uso do oxigênio, da vigilância e do registro em evolução e da justificativa da não correção da mesma. Este trabalho revelou uma lacuna no compartilhamento da informação do quadro do paciente entre as equipes envolvidas e despertou a necessidade de se definir critérios ainda mais importantes sobre o risco de hipóxia, já que a medida de oximetria de pulso tem custo para o paciente e para o serviço de saúde.

T00088 - AVALIAÇÃO DE TREINAMENTO MULTIDISCIPLINAR NA TRIAGEM NUTRICIONAL PELA LÓGICA DIFUSA (FUZZY)

Palavras chave: Triagem Nutricional ; Lógica Fuzzy ; ANFIS.

Autor: WELLINGTON CARDIA; Co-autores: JOSÉ ERNESTO DE ARAÚJO FILHO; OTÁVIO MONTEIRO BECKER JUNIOR; RONALD MAIA FILHO

Resumo: A desnutrição intra-hospitalar apresenta índices que aumentam com o tempo de internação. A triagem nutricional identifica pacientes com risco de desnutrição no momento da internação a fim de evitar danos físicos e clínicos, acelerar a recuperação e reduzir o custo hospitalar. O objetivo deste estudo é avaliar efeitos de treinamentos multidisciplinares na triagem nutricional pela técnica de inteligência artificial denominada sistema de inferência neuro-difuso (ANFIS). Resultados obtidos com dados experimentais produzem um modelo não-linear que descreve a relação dos treinamentos multidisciplinares e a realização da triagem nutricional, de forma que o mapeamento difuso torna-se uma alternativa para esta avaliação.

Introdução

A desnutrição é uma condição universal de prevalência elevada nos países em desenvolvimento associada a condições sociais e a existência de comorbidades. No Brasil, além da alta incidência de desnutrição em pacientes admitidos nos hospitais, existem índices de aproximadamente 50% de desnutrição de moderada a grave em pacientes internados que aumenta com o tempo de permanência intra-hospitalar [1]. Internacionalmente, aproximadamente 30% dos pacientes internados apresentam desnutrição, com agravamento do quadro nutricional durante a internação [2-3].

Para prevenir a ocorrência da desnutrição intra-hospitalar e minimizar as suas consequências, atenção especial deve ser direcionada ao estado nutricional na admissão hospitalar [4]. Para isto é utilizada a triagem nutricional, definida como processo de caracterização de problemas dietéticos ou nutricionais, categorizando indivíduos com alto risco nutricional. A triagem nutricional é procedimento de rotina realizado no momento da admissão hospitalar e sinaliza os pacientes com risco de desnutrição intra-hospitalar que requerem uma avaliação nutricional [5]. Esta triagem multidisciplinar é realizada pelo preenchimento de um questionário com o propósito de (i) melhorar ou prevenir a deterioração da função física e mental, (ii) reduzir o número e a severidade das complicações das doenças ou dos tratamentos oferecidos, (iii) acelerar a recuperação da doença com redução da convalescença e (iv) reduzir o consumo de recursos por diminuição da permanência hospitalar [1].

Para avaliar a realização da triagem nutricional em um serviço hospitalar é necessário que haja uma comissão ou equipe multidisciplinar de terapia nutricional para (i) treinar os profissionais com o objetivo de conscientizar e aperfeiçoar o fluxo dos questionários de triagem nutricional e (ii) intervir diretamente nos casos de risco de desnutrição intra-hospitalar. Bons resultados obtidos com estes treinamentos são associados à boa qualidade de atendimento, pois o mapeamento dos pacientes desnutridos e a intervenção por suporte nutricional enteral ou oral melhora a capacidade funcional, reduz o tempo de internação hospitalar e a mortalidade [5,6].

O objetivo deste estudo é avaliar efeitos de treinamentos multidisciplinares na triagem nutricional pela técnica de inteligência artificial denominada Sistema Adaptativo de Inferência Neuro-Difuso (ANFIS – Adaptive Neuro-Fuzzy Inference System) [7].

Métodos

O estudo foi efetuado no Hospital Municipal Bonsucesso-Pimentas / Prefeitura de Guarulhos- SPDM (Sociedade para o Desenvolvimento da Medicina), com dados relativos ao ano de 2008.

Alguns parâmetros tiveram um registro acumulativo, com registro mensal, para permitir uma avaliação temporal. Os parâmetros estudados foram:

- O número acumulativo de treinamentos realizados, englobando reuniões da equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN), treinamentos multidisciplinares e simpósio das coordenações no hospital.
- O número acumulativo de profissionais treinados.
- O número acumulativo de horas de treinamento.
- O número de triagens realizadas no hospital, registrado de forma não acumulativa e mensalente.

Diferente da maneira usual como os dados são tratados empregando métodos estatísticos, neste trabalho, o estudo e análise dos dados foi realizado através do mapeamento difuso utilizando-se o modelo Takagi-Sugeno. Este modelo foi escolhido devido à sua capacidade de permitir a manipulação de informações imperfeitas, i.e., imprecisas, incertas e vagas (imprecisas e incertas simultaneamente). A modelagem difusa tem sido cada vez mais utilizada para mapeamentos não-lineares e identificação de sistemas difusos. O modelo Takagi-Sugeno (TS) é caracterizado pela não-linearidade e uma estrutura simples, em que a identificação do problema envolve a identificação da estrutura e dos parâmetros. A identificação da estrutura está relacionada à determinação das premissas e dos consequentes 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].

As variáveis de entradas que compõem as premissas nas regras SE-ENTÃO do mapeamento não-linear foram escolhidas entre os números acumulativos de (i) horas de treinamento, (ii) eventos de treinamento e (iii) profissionais treinados; enquanto o número total de pacientes triados no hospital, foi escolhido isoladamente a variável de saída que formam o consequente da regra. Foram realizados dois tipos de mapeamento a somente uma variável de saída. O primeiro emprega uma variável de entrada, enquanto o segundo utiliza as três variáveis de entrada.

Resultados e discussão

O total de pacientes utilizados para triagem nutricional e o número acumulativo nos treinamentos multidisciplinares realizados, são mostrados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 – Pacientes triados no hospital em 2008.

MÊS	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
TOTAL	140	198	234	199	138	138	124

Tabela 2 – Horas de treinamento, número de treinamentos e profissionais treinados em 2008.

MÊS	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
HORAS	12	14	14	16	26	27	27
TREINAMENTOS	7	8	8	9	13	14	14
PROFISSIONAIS	34	44	44	51	122	135	135

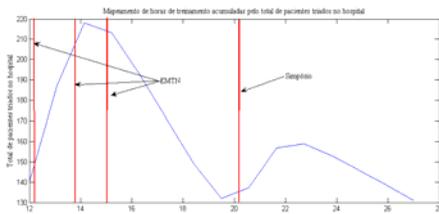


Fig. 1 – Mapeamento de horas de treinamento nos pacientes triados

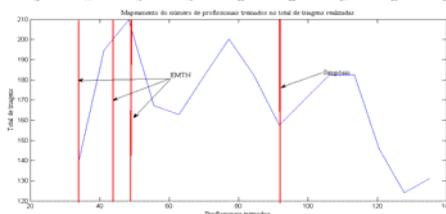


Fig.2 – Mapeamento de profissionais treinados nos pacientes triados

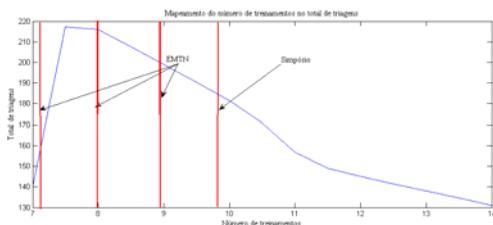


Fig.3 – Mapeamento do número de treinamentos nos pacientes triados

Quando se considera somente uma variável de entrada, o mapeamento obtido entre a variável de entrada denominada número de horas de treinamento e a variável de saída intitulada número de pacientes triados é mostrado na Fig. 1. É possível perceber que o número total de pacientes triados no hospital teve uma acentuada elevação no período de aproximadamente 12 a 15 horas, seguido de um acentuado decaimento entre 15 e aproximadamente 19 horas, atingindo seu valor mínimo, e uma pequena elevação em diante, até 22 horas, quando há um novo decaimento, convergindo para o valor mínimo. O conjunto de regras que compõe este sistema (1) é formado por 3 regras, com mapeamento das 3 funções de pertinência (Baixo, Médio e Alto) da variável de entrada, nas 3 funções de pertinência (Baixo, Médio e Alto) da variável de saída, obtidas por agrupamentos de dados (clusters):

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----|
| SE Horas de treinamento é Baixo | ENTÃO TriadosTOTAL é Baixo; | |
| SE Horas de treinamento é Médio | ENTÃO TriadosTOTAL é Médio; | (1) |
| SE Horas de treinamento é Alto | ENTÃO TriadosTOTAL é Alto. | |

O mapeamento obtido entre a variável de entrada denominada número profissionais treinados e a variável de saída intitulada número de pacientes triados é mostrado na Fig. 2. É possível perceber que o número total de pacientes triados no hospital teve uma elevação acentuada no treinamento de 34 a aproximadamente 40 profissionais, seguido de uma elevação mais suave em torno de 45 (fuzzy) profissionais, onde o número de triagens atinge seu valor máximo. Em seguida, há um decaimento acentuado no número de triagens realizadas na variação entre 50 a aproximadamente 55 profissionais, com decaimento mais suave na variação de 55 a 60 profissionais. Nas variações subsequentes do número de profissionais treinados de 60 a 80, 80 a 90, 90 a 110 e 110 a 130, ocorre uma heterogeneidade no número de triagens, sendo que o número de triagens atinge o valor mínimo com 130 profissionais, com a ocorrência, a partir de então, de uma elevação suave do número de triagens até o fim do período de treinamento. O conjunto de regras que (2) é formado por 4 regras, com mapeamento das 4 funções de pertinência (Baixo, Médio, Alto e Muito Alto) da variável de entrada, nas 4 funções de pertinência (Baixo, Médio, Alto e Muito Alto) da variável de saída:

- | | | |
|---|----------------------------------|-----|
| SE Profissionais treinados é Baixo | ENTÃO TriadosTOTAL é Baixo; | |
| SE Profissionais treinados é Médio | ENTÃO TriadosTOTAL é Médio; | (2) |
| SE Profissionais treinados é Alto | ENTÃO TriadosTOTAL é Alto; | |
| SE Profissionais treinados é Muito Alto | ENTÃO TriadosTOTAL é Muito Alto. | |

O mapeamento obtido entre a variável de entrada denominada número de treinamentos realizados e a variável de saída é o número de pacientes triados é mostrado na Fig. 3. Ocorre uma elevação do número total de triagens no início da variação de 7 a 8 treinamentos realizados, seguido de uma redução suave no fim desta variação, que se manterá em decaimento até 11 treinamentos, a partir do qual o número de triagens continuará em decaimento de forma suave. O conjunto de regras (3) é formado por 3 regras, com mapeamento das 3 funções de pertinência (Baixo, Médio e Alto) da variável de entrada, nas 3 funções de pertinência (Baixo, Médio e Alto) da variável de saída:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-----|
| SE o Número de treinamentos é Baixo | ENTÃO TriadosTOTAL é Baixo; | |
| SE o Número de treinamentos é Médio | ENTÃO TriadosTOTAL é Médio; | (3) |
| SE o Número de treinamentos é Alto | ENTÃO TriadosTOTAL é Alto. | |

Observou-se ainda que há uma elevação no número de triagens após as horas de treinamentos e o número de profissionais treinados que incluíram as reuniões da EMTN e a realização do simpósio de coordenações do hospital. Na análise do número de treinamentos, as triagens realizadas foram em número mais elevado quando comparado ao início do período de treinamentos, porém com queda suave neste número nas 2 últimas reuniões da EMTN e do simpósio hospitalar conforme destacado nas Fig. 1, 2 e 3.

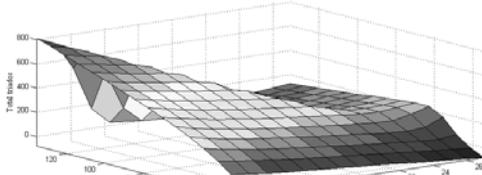
Quando se considera três variáveis de entrada, o mapeamento obtido utilizando-se o número de horas, número de profissionais treinados e o número de treinamentos como variáveis de entrada para a variável de saída intitulada número total de pacientes triados, há somente um conjunto de regras. Esta abordagem permite analisar a influência que uma variável de entrada exerce sobre a outra variável e como isto é mapeado na variável da saída, podendo ser entendido como uma forma de modulação que uma variável exerce sobre a outra isoladamente. As superfícies difusas para a avaliação do mapeamento das horas de treinamento, profissionais treinados e treinamentos efetuados nas triagens realizadas no hospital são mostradas nas Fig. 5, 6 e 7, duas-a-duas entradas, pois, só é possível a representação em somente três dimensões. O conjunto de regras obtidas neste sistema com as 3 variáveis de entrada é dado em (4):

- | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|
| SE nht é Baixo ₁ | E npt é Baixo ₂ | E nt é Baixo ₃ | ENTÃO TriadosTOTAL é Baixo; | |
| SE nht é Médio ₁ | E npt é Médio ₂ | E nt é Médio ₃ | ENTÃO TriadosTOTAL é Médio; | (4) |
| SE nht é Alto ₁ | E npt é Alto ₂ | E nt é Alto ₃ | ENTÃO TriadosTOTAL é Alto. | |

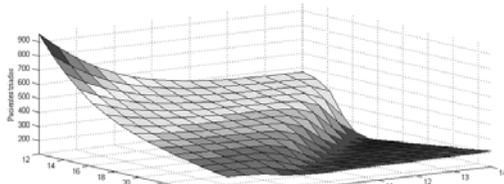
sendo nht , o número de horas de treinamentos; npt , número de profissionais treinados; nt , número de treinamentos.

Na análise das variáveis de entrada denominadas de número de horas e de profissionais treinados e a variável de saída é o número total de pacientes triados no hospital (Fig. 5), observa-se que com 12 horas e 40 profissionais treinados, o número total de pacientes triados no hospital é na faixa de 100 a 150.

Mapeamento de profissionais treinados, horas de treinamento e errores de treinamento no total de triagens realizadas



Mapeamento de horas de treinamento, número de profissionais treinados e de treinamentos no número de pacientes triados



Horas de treinamento

Número de treinamentos

Mapeamento de horas de treinamento, profissionais treinados e número de treinamentos no número de triagens realizadas

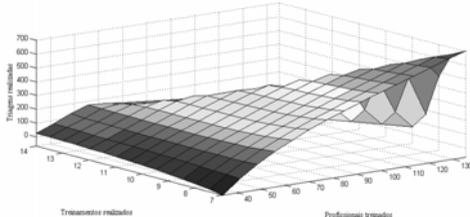


Fig.5 – Profissionais treinados e Horas de treinamento mapeados no total de pacientes triados.

Fig.6 – Horas de treinamento e Treinamentos realizados mapeados em pacientes triados.

Fig.7 – Treinamentos realizados e Profissionais treinados mapeados no total de pacientes triados.

Na análise de 12 horas e 60 profissionais, o número de pacientes triados se eleva, com elevação até o número de 120 profissionais treinados. Considerando 40 profissionais treinados e 14 horas de treinamento, há um decréscimo das triagens realizadas ao se comparar com 12 horas, também observado na análise de 60 profissionais e 14 horas. Com isto, nota-se que no início dos treinamentos, a variável número de profissionais treinados apresenta maior ponderação na elevação do número de triagens realizadas. Ao se fazer a análise de 12 a 18 horas de treinamento e uma faixa de 70 a 110 profissionais treinados, ocorreu elevação do número de triagens realizadas. Quando analisamos 70 a 110 profissionais treinados na faixa de 20-26 horas de treinamento, observa-se redução no número de triagens realizadas, com ponderação similar para as duas variáveis de entrada. Ao se considerar a variação de 22 a 26 horas de treinamento, o número de triagens se eleva com a variação de 40 a 60 profissionais treinados, com decaimento suave até atingir ponto mínimo com 130 profissionais treinados.

Concluiu-se que os resultados obtidos com dados experimentais produzem um modelo não-linear que descreve a relação dos treinamentos multidisciplinares e a realização da triagem nutricional, com a vantagem de se obter um conjunto de regras ao invés de uma equação matemática. Desta forma, o mapeamento difuso vem a ser uma alternativa para esta avaliação, conforme objetivo proposto para este trabalho.

Referências

1. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MITD. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7/8):573-80.
2. McWhirter J P, Pennington C R. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994;308: 945-8.
3. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22(4):415-21.
4. Kondrup J, Johansen N, Plum L M et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr* 2002; 21: 461-8.
5. Kondrup J, Rasmussen H H, Hamberg O. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003; 22: 321-36.
6. Stratton R J, Green C J, Elia M E. Disease Related Malnutrition: An Evidence-based Approach to Treatment. CAB International, Oxford, UK, 2003.
7. Jang, J.-S. R., ANFIS: Adaptive-Network-Based Fuzzy Inference System, *IEEE Trans. Systems, Man, Cybernetics*, v.23, n.3, pp.665-685, 1993.
8. Jang, J.-S. R., Neuro-Fuzzy Modeling and Control, *Proc. IEEE*, v.83, n.3, pp. 378-406, 1995.

T00091 - PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS RESULTADOS DOS INDICADORES NA MELHORIA DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Autor: JULIANA NOGUEIRA FRANCO; Co-autores: MARIA D'INNOCENZO; BRICIA POMPEO AMARAL BARROS

Resumo

As estratégias de controle da qualidade assumem um significado importante para os enfermeiros, tornando-os mais envolvidos e competentes para aperfeiçoarem a qualidade do cuidado prestado.

O presente estudo diagnosticou a percepção dos enfermeiros sobre os processos de qualidade aplicados à melhoria da assistência.

A pesquisa demonstrou que os enfermeiros consideraram a utilização dos resultados dos indicadores um instrumento estratégico para a instituição, e que sua percepção corrobora a prática de melhoria assistencial por meio da utilização de ferramentas e indicadores de qualidade com ênfase no registro de falhas no processo como possíveis sugestões de melhoria da qualidade.

Palavras chave: Enfermagem, administração em enfermagem, indicadores de qualidade, melhoria da assistência.

1. Introdução

A enfermagem, como ciência em desenvolvimento, necessita identificar e caracterizar seus conhecimentos e técnicas científicas próprias. O conhecimento científico respalda a ação prática. Suas bases de sustentação são indicadores de desenvolvimento de uma profissão, além de constituírem um marco importante na evolução da prática profissional(1).

Com a vigência de padrões de qualidade incorporados pelos serviços de saúde, norteados principalmente pelas normas ISO e padrões de acreditação hospitalar, os enfermeiros passaram a seguir quesitos que orientam a organização da prestação de serviços, os parâmetros de desempenho e melhoria contínua.

A questão não é se o sistema de medição do desempenho de uma organização é importante ou não, mas sim se a medição sistemática, seguindo uma estrutura planejada, faz diferença na capacidade de uma organização apresentar resultados excelentes e sustentáveis(2). A avaliação da qualidade é um instrumento administrativo potencialmente poderoso que, se usado de forma adequada, pode tornar-se útil para a organização(1).

Os fundamentos da avaliação da qualidade propostos por Donabedian, baseiam-se na trílogia estrutura, processo e resultado, sendo a estrutura composta de recursos materiais e humanos e a constituição organizacional. O processo refere-se às atividades, rotinas e procedimentos, e o resultado relaciona-se aos efeitos e conseqüências do processo. Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, a critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos dessa trílogia. A maneira como os indicadores são organizados e coletados, influencia na criação da cultura para a excelência do desempenho. A transparência na divulgação dos resultados e o uso de critérios objetivos para reconhecimento das pessoas impulsiona a motivação de toda a equipe para a busca do sucesso organizacional(3).

Validar indicadores de qualidade de assistência leva o enfermeiro ao que pode ser uma resposta a várias questões gerenciais, assistenciais, econômicas e legais, mostrando resultados positivos em relação à assistência prestada e à implementação de ações de melhoria baseadas em altos padrões de qualidade(1).

O estudo das organizações que têm se mantido na liderança em seus setores de atuação por longos períodos mostra que a habilidade de medir sistematicamente seu próprio desempenho (e de usar a medição inteligentemente para buscar patamares superiores) é uma característica sempre presente(2).

Em face desse panorama, e fazendo uma projeção sobre o futuro da enfermagem no Brasil, constatou-se que o próximo desafio será implementar a avaliação, controlar e revisar as fases da assistência da enfermagem, pois no que se refere à qualidade da assistência é necessário o monitoramento contínuo do desempenho e o desenvolvimento de métodos para obtenção das metas propostas.

2. Justificativa: Diagnosticar a percepção dos enfermeiros de um hospital privado sobre os processos de qualidade em enfermagem aplicados à melhoria da assistência.

3. Metodologia

Este estudo foi realizado em um hospital privado, de pequeno porte. Pesquisou-se em bibliotecas (USP e Einstein) e nos bancos de dados bibliográficos Scielo, Medline e Lilacs, buscando construir uma linha de pesquisa alicerçada em referenciais teóricos sobre qualidade, indicadores e melhoria de desempenho baseado em resultados. Foram utilizados palavras-chaves e uni termos, tais como "enfermagem, administração em enfermagem, indicadores de qualidade, gerenciamento da assistência de enfermagem e melhoria da assistência."

Optou-se pela execução de estudo prospectivo, descritivo de caráter quantitativo. Como instrumento de coleta de dados, optou-se por utilizar questionário composto de 21 questões fechadas. Por não haver um instrumento já validado para obtenção dos dados as autoras elaboraram o questionário, com intuito de conhecer e analisar o perfil da população de enfermeiros da instituição estudada e a percepção dos mesmos em relação a cultura organizacional, a utilização das ferramentas da qualidade como apoio à gestão setorial e estratégia global da instituição, inter-relacionando os resultados obtidos com a melhoria da assistência. Optou-se por dividir as questões em sete seções, para melhor análise dos resultados. O questionário foi organizado em sete seções, a saber: I População entrevistada / amostra, II Cultura Organizacional, III Ferramentas da qualidade, IV Seleção dos Indicadores, V Fatores Limitantes, VI Liderança e Divulgação, VII Motivação e relação com os indicadores.

A população foi de 19 enfermeiros supervisores e coordenadores. Optou-se pelo estudo dos profissionais das áreas assistenciais pelo foco da pesquisa.

Foi realizado pré-teste com profissionais que foram excluídos da amostra, com o objetivo de validação do instrumento. Cada participante da pesquisa recebeu orientação individual sobre o questionário, permitindo ao entrevistado sanar qualquer dúvida referente ao instrumento de pesquisa.

Os entrevistados foram informados sobre o objetivo geral do estudo e, portanto, do interesse das autoras em levantar os dados. No início da entrevista, assinava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nesse momento era reafirmada verbalmente a confidencialidade das informações levantadas.

4. Resultados e Discussão

População Entrevistada

O hospital possui enfermeiros com tempo de formação variada, ou seja, com o mínimo de 0, e o máximo de 20 anos de formação, prevalecendo 0 a 2 anos de tempo de graduação, o que representou 42% do total da população pesquisada. Do total dos enfermeiros pesquisados, 16% possuem de 10 a 20 anos de formação acadêmica. Possui em seu quadro de pessoal um grupo de enfermeiros heterogêneo, muitos deles com formação muito recente e com pouca ou nenhuma experiência profissional. Independente do tempo de formação, toda a equipe tem sido educada com ênfase em despertar a capacidade de desenvolvimento do controle e garantia da qualidade.

O controle da qualidade começa com a educação e acaba com a educação. É necessário despertar as capacidades das pessoas através da educação e do treinamento, como uma forma de desenvolver o controle da qualidade. As aptidões das pessoas aumentarão gradualmente se a educação, o treinamento e o auto-estudo puderem continuar. Entretanto, há muitas pessoas que, uma vez fora da escola, param de aprender(4).

A competência do enfermeiro é medida de acordo com a qualidade da assistência que exerce. Esta é diretamente proporcional à aplicação do método científico na resolução dos problemas de enfermagem(5).

Observamos que 42% da população estudada trabalham na instituição acima de quatro anos. Também verificamos que 58% dos enfermeiros trabalham na instituição há menos de 03 anos.

Percebe-se pela análise do tempo de trabalho que a maior parte da população estudada, 58% está na instituição de 2 a 6 anos, participando ativamente do processo de implantação do sistema de qualidade e sedimentação da filosofia da empresa. O conceito de gestão da qualidade total, envolve uma filosofia que implica no compromisso de toda organização para melhoria contínua da qualidade(6). As organizações contemporâneas de maneira geral, demonstram esforços no sentido de implementar estratégias de controle de qualidade dos serviços prestados(7).

- 56% dos enfermeiros ainda estão em período de 0 a 1 ano de formação, porém com perspectivas de continuidade dos estudos a curto prazo. 22% estão em fase de conclusão da primeira pós-graduação e os outros 22% são enfermeiros com mais de 7 anos de formação, e trabalham a mais de 4 anos na instituição, porém não possuem perspectiva de continuidade dos estudos a curto prazo.

Da população estudada, 84% nunca trabalhou com mensuração de desempenho em outras instituições, o que demonstra que a equipe iniciou o aprendizado e desenvolvimento desse trabalho na instituição atual. As atividades referentes a implantação do sistema de qualidade foram iniciadas há menos de 4 anos, e 31,25% dessa população iniciou suas atividades profissionais na instituição estudada. A enfermagem, a exemplo dos hospitais, também começa a estudar e a adotar o gerenciamento da qualidade com vistas a alcançar não só um padrão aceitável de assistência, mas também a atender as expectativas dos trabalhadores e dos pacientes. Contudo, em nosso meio, as tentativas de implantação ainda são recentes e os estudos sobre o tema só agora começam a alcançar amplitude necessária para que a comunidade da enfermagem possa conhecê-lo e utilizá-lo em sua prática administrativa(8).

Cultura Organizacional

Verificamos que 68% da população estudada concordaram fortemente que os resultados dos indicadores utilizados no setor efetivamente demonstram melhoria da prática assistencial, e os 32% restantes, apenas concordaram com essa afirmativa. Quanto a utilização dos mesmos resultados dos indicadores para embasamento da gestão do setor, 79% da população estudada concordaram fortemente e 21% apenas concordaram com a afirmativa.

Os resultados demonstram que efetivamente os indicadores implantados nos setores assistenciais não só contribuem fortemente para a melhoria da prática assistencial, mas também são necessários para tomadas de decisão setoriais e são instrumentos essenciais para a implementação das ações de melhoria. Há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível. Portanto, torna-se necessário e urgente dispor de informações relevantes para planejar, desenvolver e avaliar as ações que são propostas. São as informações que vão instrumentalizar os gestores para avaliarem seus processos com racionalidade e criticidade.

Uma dessas ferramentas é a utilização de indicadores que devem auxiliar na vigilância da qualidade assistencial e na identificação de oportunidades para melhorá-la(8).

Ferramentas da Qualidade

Observamos que 58% da população concordaram fortemente que as ferramentas da qualidade implantadas no serviço de enfermagem são facilitadoras para implementação das ações de melhoria, e 42% apenas concordaram com a afirmativa. Evidenciamos que 100% dos enfermeiros acreditam na utilização das ferramentas da qualidade como facilitadoras para a implementação das ações de melhoria. Pode-se constatar que a utilização das ferramentas da qualidade na implementação das ações de melhoria de enfermagem é fundamental para definição de padrões assistenciais e gerenciais, e também deve-se enfatizar que o profissional enfermeiro, durante sua formação é intensamente preparado para desenvolver metodologias que propiciem análise do processo assistencial objetivando o atendimento das expectativas e necessidades de cada paciente. A garantia da qualidade e eficácia de todo o processo gerencial é obtida por meio de instrumentos que permitam avaliação criteriosa, planejamento, metas adequadas, seguimento e ações de melhoria. A facilidade no uso das ferramentas do dia-a-dia da gestão dos serviços está relacionada ao conhecimento que se tem delas e a habilidade que se adquire em utilizá-las(1).

Quanto a aplicabilidade das ferramentas da qualidade na gestão do setor, verificamos que a não conformidade e os registros de ocorrência, foram apontados em primeiro lugar, o plano de ação em 2º lugar, os histogramas e o fluxogramas em 3º lugar e por fim em 4º lugar, o gráfico de Pareto. Embora a não conformidade e os registros de ocorrência tenham sido instrumentos em princípio de difícil adesão, por apontarem as falhas individuais, foram apontados em 1º lugar na aplicabilidade por serem ferramentas já incorporadas no dia a dia da equipe, e são de fácil entendimento e utilização. O plano de ação foi apontado em 2º lugar por ser uma ferramenta simples, e ao mesmo tempo que demonstra detalhadamente os passos a serem seguidos para a resolutividade das falhas detectadas. Acredita-se que o fluxograma ainda seja um instrumento de pouca adesão da equipe,

pois o hospital tem implantado instrumentos de similar finalidade, não sendo o mesmo muito utilizado pelo serviço de enfermagem. O histograma e gráfico de Pareto podem ter sido menos pontuados por serem ferramentas que necessitam de conhecimento mais aprofundado de informática, e que apenas expressam de forma diferente as mesmas informações demonstradas por meio de outros instrumentos. A enfermagem em seu cotidiano é habituada a registrar todas as informações pertinentes às suas atividades. A enfermagem sempre cultivou ligação estreita com a utilização de documentação para organizar os seus serviços nos hospitais(1).

A finalidade da anotação de enfermagem é, essencialmente, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, e assim garantir a continuidade das informações nas 24hs, o que é indispensável para a compreensão do paciente de modo global(5).

Seleção dos Indicadores

O indicador de maior relevância para a melhoria da prática assistencial foi o indicador de índice de falhas técnicas de enfermagem, em 2º lugar, índice de eventos adversos graves, em 3º lugar sistema de classificação do paciente, em 4º lugar, índice de lesão de pele, em 5º lugar, foi apontado o índice de satisfação dos pacientes e em 6º lugar, índice de falhas de anotação de enfermagem.

Nos incidentes adversos ou ocorrências iatrogênicas, sob enfoque da melhoria contínua de qualidade, observou-se que o fator humano é apontado como principal agente causador das ocorrências iatrogênicas ou incidentes críticos. Em ordem decrescente, os incidentes foram associados a equipamentos, medicamentos, procedimentos e outros da esfera administrativa. Diversos estudos em vários países têm demonstrado que pacientes sofreram algum tipo de doença iatrogênica. Alguns casos foram considerados graves, outros contribuíram para a morte do paciente. O conhecimento das condições de trabalho dos profissionais, bem como as atividades desenvolvidas em duplas jornadas e as condições de saúde merecem igual atenção, pois podem precipitar o desencadeamento de ocorrências iatrogênicas, interferindo na qualidade da assistência(6). Para a gestão, a qualidade significa: medicamento certo, para paciente certo, na dose certa, na via certa e na hora certa. O erro é frequentemente atribuído ao profissional de enfermagem, no entanto há evidências que na maioria das vezes é decorrente de fatores organizacionais(9). O indicador de maior importância para estratégia da empresa foi novamente o indicador de índice de falhas técnicas de enfermagem, em 2º lugar, índice de não cumprimento da normas e rotinas, em 3º lugar índice de absenteísmo, em 4º lugar, índice de rotatividade, em 5º lugar, foi apontado o índice de eventos adversos graves, em 6º lugar, índice de falhas de anotação de enfermagem e sistema de classificação dos pacientes, em 7º lugar, índice de cumprimento do cronograma de educação permanente e em 8º lugar índice de participação de educação permanente. A atual gestão da qualidade total nas instituições empresariais de um modo geral e nas de saúde em particular tem como um dos princípios básicos o atendimento à clientela com o fornecimento de bens e serviços que promovam sua máxima satisfação e o mínimo, senão a ausência total de riscos e falhas que possam comprometer a qualidade e segurança pretendidas(6).

Fatores Limitantes

Os fatores limitantes para obtenção dos dados coletados para mensuração dos indicadores foram pontuados em ordem crescente de importância. Em 1º lugar foi apontado a sub-notificação das ocorrências, em 2º lugar, entendimento incorreto ou parcial do processo e a pouca adesão dos colaboradores, em 3º lugar, foi pontuada a notificação equivocada, e por último, dificuldade da localização e obtenção dos dados e outros. Foram apontadas algumas limitações que podem interferir diretamente no resultado da mensuração dos indicadores, pois muitas vezes os colaboradores entendem a notificação de ocorrência e as não conformidades como uma punição e não como um instrumento de melhoria de um processo, o próprio enfermeiro muitas vezes substitui o registro da notificação pela orientação verbal direta ao profissional. Um fator limitante de extrema importância é a questão cultural, pois o desenvolvimento das atividades relacionadas ao controle e garantia da qualidade na área de saúde é recente, e o entendimento dessa questão por parte dos envolvidos no processo ainda está em fase de amadurecimento. Quanto as melhorias necessárias para maior aproveitamento dos resultados dos indicadores, podemos observar que os mesmos pontuaram a melhoria da comunicação inter-setorial como questão de maior importância, e em 2º lugar, acreditam que é necessário maior envolvimento com a estratégia da empresa, em 3º lugar, o maior entendimento e participação dos colaboradores no processo, em 4º lugar, a melhor utilização das ferramentas implantadas, em 5º lugar é apontado a necessidade de maior participação do comitê de análise de indicadores, em 6º lugar, sistema de gestão de informação implantado nos setores assistenciais, e por último, maior autonomia na tomada de decisão.

A comunicação ineficiente é um dos fatores mais pontuados em empresas de forma geral. Entende-se que essa melhoria é fator primordial para o alcance dos objetivos da instituição, pois é através desse processo que todas as informações são transmitidas entre os profissionais dos diversos setores, fazendo com que as demais variáveis estudadas nessa questão dependa em primeira instância da qualidade da comunicação. A informação é fundamental aos vários níveis da estrutura gerencial de enfermagem para agilidade da melhor decisão(1).

A aquisição de habilidades de comunicação e no relacionamento interpessoal é imprescindível para a qualidade do atendimento ao cliente e para a integração de grupos de trabalho, aspectos que pertencem à cartilha de sobrevivência de todos os profissionais e de todas as empresas. Entender o mercado e se fazer entender por ele é vital, pois as organizações humanas, comerciais ou não, foram criadas para atender às necessidades da coletividade. Comunicar-se adequadamente com os pares, dentro das organizações, integra uma ciência nova e relevante, que é a da gestão do conhecimento(10).

Liderança e Divulgação

Dos enfermeiros pesquisados, 68% acionam sempre ou quase sempre seu superior imediato ou o escritório da qualidade quando possuem sugestões de melhoria dos processos da qualidade, demonstrou também que 90% dos enfermeiros pesquisados relataram que receberam feedback de seus superiores e do escritório da qualidade. Todos os enfermeiros concordaram que a direção da instituição está interessada pelos resultados dos indicadores, sendo que 58% concordaram fortemente e 42% apenas concordaram.

Os enfermeiros participam junto a direção da instituição do planejamento e desenvolvimento das metas da instituição, e percebem que a diretoria utiliza os resultados dos indicadores assistenciais para alinhamento das estratégias setoriais e globais. O processo de implementação e

execução da estratégia é orientada para a ação e envolve a gestão de pessoas, o desenvolvimento de competências e capacidades, orçamentos, motivação, construção de cultura e liderança. Além de tudo, é preciso que a alta administração da empresa empenhe-se profundamente, exercendo a liderança necessária para levar a cabo todo esse processo complexo(11). Na enfermagem, observa-se que organizações que têm como base uma filosofia sólida, têm tido uma respeitável qualidade de assistência prestada.

A filosofia faz com que todos os membros da equipe tenham um rumo norteador, não tendo gasto desnecessário de energia do grupo, pois todos caminham para o mesmo lado(12).

Para garantir os objetivos da estratégia, medir o desempenho global, avaliar resultados e conseguir um bom aprendizado organizacional, é preciso garantir a implementação daquilo que foi planejado(11).

Motivação e Relação com os Indicadores

- 53% dos entrevistados consideraram suas atividades referentes aos indicadores como uma tarefa administrativa simples / um instrumento estratégico. Para 26% da população, essa é uma atividade administrativa complexa / instrumento estratégico, e para 21% uma tarefa administrativa complexa e de gestão setorial. As tarefas referentes aos indicadores são simples e também importantes instrumentos estratégicos. É relevante mencionar que parte da população considerou essa atividade complexa, opinião que pode ser devido aos fatores limitantes levantados para a mensuração dos indicadores e a necessidade de melhorias para maior aproveitamento dos resultados. O processo de implementação e execução da estratégia é orientada para a ação e envolve a gestão de pessoas, o desenvolvimento de competências e capacidades, motivação, e a construção de cultura e liderança. Há uma gama grande e variada de tarefas a cumprir, para a "construção" de uma organização capaz de alcançar os objetivos estratégicos(12).

- 79% consideraram o desenvolvimento das atividades relacionadas aos indicadores uma tarefa que demonstra os resultados dos processos de melhoria implantados, e 21% referiram que realizam a tarefa com empenho e presteza.

Percebe-se que a equipe está envolvida com o modelo de gestão da qualidade adotado pela instituição e acredita que os resultados das atividades relacionadas aos indicadores refletem melhorias dos processos e que as ferramentas da qualidade implantadas no serviço de enfermagem evidenciam melhorias na prática assistencial.

As atividades de controle de qualidade proporcionam aos enfermeiros uma contínua avaliação da prática assistencial na busca de propiciar excelência no cuidado de enfermagem prestado aos clientes. Os resultados da monitoração dessas atividades, subsidiam os processos decisórios envolvidos na resolução de problemas e nas mudanças a serem adotadas na prática assistencial, formalizando estratégias de ação e impulsionando inovações nas organizações(7).

5. Conclusão

A pesquisa demonstra a adesão à utilização de ferramentas da qualidade e aprovação do uso de indicadores. Segundo experiência das autoras, esses resultados decorrem da utilização desses instrumentos no dia a dia da população pesquisada.

Conclui-se que a percepção dos enfermeiros corrobora a prática de melhoria assistencial por meio da utilização de ferramentas e indicadores de qualidade com ênfase no registro de falhas no processo como possíveis sugestões de melhoria da qualidade.

Referências Bibliográficas

- 1 Bork AMT. Enfermagem de Excelência: da visão à Ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- 2 Fundação Nacional para o Prêmio de Qualidade. Relatório do Comitê Temático. São Paulo: FNPQ; 2001.
- 3 Gastal FL. Introdução a indicadores de desempenho: treinamento por EaD. Brasília: ONA; 2006
- 4 Ishikawa K. Controle de qualidade total. Rio de Janeiro: Campus; 1993.
- 5 Cianciarullo TI. Gualda DMR. Melleiro MM. Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal. São Paulo: Ícone; 1998.
- 6 Padilha KG. Ocorrências latrogênicas na UTI e o enfoque da qualidade. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2001; 9 (5): 91-6.
- 7 Silva HS. Controle da qualidade assistencial de enfermagem - implementação de um modelo. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994.
- 8 Innocenzo M. Feldman LB. Fazenda NRR. Helito RAB. Ruthes RM. Indicadores, auditorias, certificações – ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006.
- 9 Guedes RMA. Lima FPA. Assunção AA. O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da enfermagem: o caso da medicação. Rev. Ciências e Saúde Coletiva. 2005; 10(4):1063-74.
- 10 Mussak E. Metacompetência. Uma nova visão do trabalho e da realização pessoal. São Paulo: Gente; 2003.
- 11 Serra F. Torres MC. Torres AP. Administração estratégica - conceitos, roteiro prático, casos. Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso; 2004.
- 12 Cianciarullo T.I. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu; 2005.

T00094 - DROGAS DE ALTO ALERTA (DAA): IMPACTO DE UMA CULTURA DE SEGURANÇA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Autor: ELIZABETH AKEMI NISHIO; Co-autores: MARIA APARECIDA CAMARGO SOUZA BAPTISTA; CRISTIANE APARECIDA BETTA; MÁRCIO VALENTE

Resumo

As Drogas de Alto Alerta (DAA), são diversos medicamentos que administrados de forma incorreta podem causar sérias complicações aos pacientes. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar o impacto de uma cultura de segurança sobre as DAA no Hospital Geral do Pirajussara, Taboão da Serra, SP, Brasil. Os resultados demonstraram um aumento do conhecimento da equipe de enfermagem de 67% para 89%, antes e após o treinamento e uma redução da ocorrência de erros em 52%. Sugere-se que as instituições de saúde mantenham sempre uma cultura de gerenciamento de riscos em todos os seus processos assistenciais, pois só assim, poderá diminuir cada vez mais possíveis erros aos pacientes.

Palavras-chave: Drogas de Alto Alerta (DAA), Educação Continuada, Conhecimento, Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

As Drogas de Alto Alerta (DAA), são medicamentos que exigem medidas preventivas especiais de segurança a serem empregadas pela equipe multiprofissional envolvida (médica, farmacêutica e de enfermagem), antes de alcançar o paciente, iniciando no momento da prescrição, separo, preparo e administração, checagem da prescrição realizada e resultado obtido.

A classificação das Drogas de Alto Alerta (DAA) é baseada na publicação de artigos relacionados a erros com medicações, que causaram conseqüências significantes nos pacientes. Os medicamentos classificados como drogas de alto alerta são: Amiodarona, Anfotericina B, Glicose hipertônica, Glibenclamida, Steptoquinase, Propofol, Midazolam, Morfina, Heparina injetável, Digoxina, Lidocaína, Sulfato de Magnésio, Cloreto de Potássio, Cloreto de Sódio, Nitropussiato de Sódio, Varfarina e Aminofilina.

Os integrantes da equipe de enfermagem para administrar um medicamento com segurança, eficiência e responsabilidade devem conhecer a ação dos medicamentos no organismo, vias de administração e eliminação, reações adversas e colaterais, dose terapêutica e máxima, efeito desejado e tóxico e os possíveis riscos à saúde do paciente, bem como implementar medidas para evitar eventos adversos.

Na prática de enfermagem na década de 1960, iniciou-se a era dos "certos", com estabelecimentos dos cinco certos da administração de medicamentos: (1) paciente certo, (2) droga certa, (3) dose certa, (4) via certa, (5) hora certa. Já a partir de 1980, outro certo foi incorporado pela enfermagem com o objetivo principal de alcançar o resultado certo, que é o resultado esperado.

Embora se pretenda que a administração de medicamentos resulte em benefícios potenciais para os pacientes, se administrados erroneamente, podem ter efeitos deletérios, se não letais. O erro pode ser prevenido por meio do emprego de sistemas que impossibilitem a sua ocorrência ou que tomem mais difícil para as pessoas fazer o errado e mais fácil fazer o certo. Muitas vezes, os erros de medicação só são detectados quando as conseqüências são clinicamente manifestadas pelo paciente, tais como a presença de sinais e sintomas ou reações adversas após algum tempo em que foi ministrada a medicação, alertando o profissional do erro cometido.

Tais situações podem ter relação com a prática do profissional, produtos, procedimentos e sistema de atendimento de saúde, incluindo prescrição, comunicação, rótulos, embalagem e nomenclatura do produto, bem como composição, preparo, distribuição, administração, educação, utilização e monitorização.

A administração de medicamentos é um procedimento diário para a equipe de enfermagem e que exige desses profissionais, aprimoramento de seus conhecimentos, técnicas especiais e a aplicação de vários princípios científicos, promovendo a segurança necessária e benefícios para o paciente.

Para a promoção da segurança do paciente é aspecto fundamental a criação de um ambiente que encoraje a identificação dos erros de medicação, avalie as causas, implemente a iniciativa apropriada para prevenção e para a melhora do desempenho. A solução não está em punições individuais, e sim em redesenhar o sistema para reduzir a presença destes e criando uma cultura de segurança que permita uma contínua possibilidade de gerenciar riscos.

2. JUSTIFICATIVA

Apesar de cada medicamento prescrito ter um objetivo definido que é o efeito terapêutico, estão associados a este processo riscos inerentes ao próprio uso da terapia medicamentosa e aos insumos utilizados para sua administração. Isto é, no tratamento medicamentoso ao doente, muitos profissionais estão envolvidos podendo levar a ocorrências não esperadas desde a prescrição até a administração. Confundir-se, enganar-se com as Drogas de Alto Alerta (DAA), podem causar um mal devastador para o paciente, quando administradas de maneira incorreta.

Além disso, os erros de medicação são difíceis de serem relatos, existe o medo de punições, demissão, o sentimento de culpa e as preocupações com a gravidade do ocorrido, que podem levar os colaboradores a sub-notificarem o erro, o que prejudica a avaliação desse procedimento.

Considerando que o processo da administração de medicamentos é também uma grande responsabilidade da enfermagem, envolvendo aspectos legais e éticos de impacto sobre sua prática profissional, ao realizar a ação de modo adequado possibilitará a prevenção de erros, pois os erros podem causar sérias conseqüências aos pacientes.

É imprescindível verificar o conhecimento que a equipe de enfermagem tem sobre as DAA. A análise dos fatores de riscos que podem levar à ocorrência de erros de medicamentos e a proposição de medidas que minimizam a ocorrência desses erros em cada instituição de saúde, contribui na manutenção de uma assistência de qualidade de excelência, livre de danos à clientela atendida.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto de uma cultura de segurança sobre as Drogas de Alto Alerta (DAA) no Hospital Geral do Pirajussara, Taboão da Serra, SP, Brasil.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre as DAA, antes e após treinamento específico e Implementar ações de segurança para essas drogas.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo prospectivo com análise quantitativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no setor de Educação Continuada do Hospital Geral do Pirajussara, instituição que atende 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gerenciado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina /Universidade Federal de São Paulo (SPDM/ UNIFESP). A SPDM é uma Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia órgãos públicos de saúde em parceria com o Governo do Estado de São Paulo e

outros Municípios do Estado de São Paulo. Esse hospital é Acreditado Nível III, excelência da qualidade de assistência, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O hospital tem 282 leitos e está localizado no município de Taboão da Serra, São Paulo, Brasil.

4.3 População

A população foi constituída de 116 (26%) colaboradores da Equipe de Enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), dos setores assistenciais da instituição que participaram do treinamento sobre DAA, em julho e setembro de 2.007.

4.4 Instrumento e operacionalização da coleta de dados

Foi utilizado um questionário semi-estruturado antes e após um treinamento específico com a identificação do perfil dos entrevistados, conhecimento da definição dos seis certos na administração de medicamentos, conhecimento sobre quais são as DAA, dos cuidados necessários no preparo e administração desses medicamentos.

A aplicação do questionário ocorreu na sala de treinamento da Educação Continuada desse hospital.

4.5 Aspectos Éticos

O estudo seguiu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os participantes foram orientados sobre os objetivos, da importância do estudo na prevenção de erros de medicação, do anonimato, da não obrigatoriedade em participar e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS

Quanto a caracterização do perfil dos entrevistados observou-se que a maioria (81%) era do sexo feminino e (67%) estavam na faixa etária dos 22 aos 35 anos.

Somente (28%) dos sujeitos acertaram o conjunto dos seis certos e o restante dos entrevistados (72%) tinham conhecimento parcial, não acertando o conjunto completo.

Após o treinamento observou-se a inversão do número de acertos, evidenciando a efetividade e aproveitamento do treinamento ministrado, onde (81%) dos pesquisados acertaram o conjunto dos seis certos e somente (19%) não mostraram aproveitamento reverente a esta questão.

Sobre o conceito de Drogas de Alto Alerta (DAA), verificou-se que (78%) não conheciam esse termo, (20%) apresentaram um conhecimento superficial e somente (2%) um conhecimento satisfatório. Após o treinamento o índice de conhecimento se dividiu em (84%) apresentando conhecimento parcial para satisfatório e somente (16%) não apresentou o resultado esperado.

Com relação às quais medicamentos são considerados DAA, da lista de quinze medicamentos, o índice de acerto máximo dividiu-se entre quatro (19%) e cinco (21%) acertos. Após o treinamento, obteve-se uma distribuição de acertos entre 7 (22%), 8 (16%) e 9 (29%).

Quanto aos cuidados específicos no preparo e/ou administração de duas DAA. No pré-treinamento, (47%) descreveram os cuidados, porém não eram específicos, somente (40%) apresentaram cuidados específicos e (13%) não responderam. Já no pós-treinamento, (30%) apresentaram os cuidados não específicos, (59%) os cuidados específicos e (11%) não responderam.

Quanto solicitados a relacionar oito DAA com seu preparo, reação, ação ou complicações potenciais, antes do treinamento verificou-se uma concentração entre dois (20%), três (20%), quatro (21%) e cinco (14%) acertos. Após o treinamento, os acertos subiram para (60%), o que demonstra um aproveitamento muito grande em relação ao treinamento oferecido.

O Hospital Geral do Pirajussara, por meio da Divisão de Enfermagem e juntamente com a Educação Continuada e o setor de Farmácia, vem implementando várias ações como chaves de segurança para utilização das DAA como:

Alerta visual na medicação: foi colocada uma etiqueta de unitarização da droga que contém código de barras de cor diferenciada das demais, nesse caso AMARELA como alerta.

Prescrição médica impressa.

Identificação destas drogas na prescrição médica, que ao ser aprazada pelo enfermeiro é grifada de amarelo, sendo para equipe mais um alerta visual quanto aos cuidados com estas drogas.

Cartazes foram confeccionados e divulgados nas unidades hospitalares com informes sobre Drogas de Alto Alerta.

Guia de interações medicamentosas disponíveis nas unidades assistenciais.

Pulseira de identificação em todos os pacientes em uso dessas medicações.

Treinamento para toda equipe de enfermagem sobre as medicações e manejo dessas drogas.

Publicação da segunda edição do livro: "Aplicando Medicamentos Com Segurança", o qual aborda o tema com profundidade.

Todo erro está associado a uma consequência, perceptível ou não, que em muitos casos não pode ser desfeita ou amenizada, podendo trazer sérios ônus aos pacientes e implicações legais ao profissional e a instituição. A meta sempre será alcançar o erro zero para cada um dos tipos de ocorrência adversa e o aprimoramento dos conhecimentos é fundamental tanto para o profissional, quanto para a instituição.

6. CONCLUSÃO

Este estudo atingiu seu objetivo que foi verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre as DAA antes e após um treinamento específico. Observou-se que houve assertividade quanto ao conhecimento sobre DAA de (67%) antes do treinamento e após treinamento o índice de acerto subiu para (89%).

Após implementação deste conjunto de medidas relacionadas às DAA, houve redução de 52% nos erros relacionados a estas drogas, evidenciando uma cultura de segurança no processo de medicação e prevenção de danos ou agravos na assistência hospitalar.

Salienta-se que a ocorrência de erros no processo de medicação envolve o bem estar, a integridade e a vida dos profissionais envolvidos, que às vezes, nem a adoção da mais moderna tecnologia impedirá que o erro aconteça. Por tanto, os profissionais envolvidos neste processo, devem estar

sempre atualizados e cientes da importância da educação continuada, pois suas atividades exigem grandes responsabilidades e a terapêutica medicamentosa estará sempre se ampliando.

T00096 - GERENCIAMENTO DE RISCO PARA ÚLCERA POR PRESSÃO

Autor: CRISTIANE APARECIDA BETTA; Co-autores: ELIZABETH AKEMI NISHIO; MARIA APARECIDA CAMARGO S. BAPTISTA; FERNANDA SILVA FUSCALDI

RESUMO

A Úlcera Por Pressão (UPP) é um dos maiores problemas que acometem os pacientes nos hospitais, principalmente os pacientes críticos. A enfermagem tem procurado evitar ao máximo esse problema com a inclusão de instrumentos específicos e medidas preventivas. Os objetivos desse estudo foram implementar ações de prevenção para Úlcera Por Pressão (UPP) e verificar a incidência após a implementação no Hospital do Pirajussara, Taboão da Serra, SP, Brasil, 2007. Os resultados demonstraram redução de 30% na incidência de UPP na ocorrência do evento, concluindo que é fundamental o gerenciamento de risco dos pacientes na prevenção de complicações hospitalares.

Palavra – chave: Úlcera Por Pressão, Gerenciamento de Risco, Assistência de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Conceitua-se Úlcera por Pressão (UPP) como uma “manifestação clínica da destruição tecidual localizada decorrente da falta de fluxo sanguíneo em áreas sob pressão” ou “área de lesão localizada na pele, músculo e tecido subcutâneo, causada por cisalhamento, fricção ou pressão contínua, normalmente sobre proeminências ósseas”.

O uso de Indicadores Assistências em Enfermagem, por meio de um Protocolo de Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão, tem o intuito de diminuir ao máximo os fatores de risco dos pacientes a essa complicação no decorrer do seu processo de internação, como também os custos hospitalares.

O cuidar em enfermagem exige continuamente um aperfeiçoar para prevenir ou evitar danos aos pacientes. O hospital deve ser o local que cura e/ou previna danos, porém muitas vezes, é o lugar que por diversos fatores pode causar mais complicações do que bem-estar aos pacientes.

Tentando evitar isso, as instituições hospitalares têm procurado atender seus clientes com excelência buscando a segurança em seus processos. O gerenciamento do risco do paciente por meio de instrumentos específicos e meios de identificação rápida do paciente pode contribuir para essa melhoria. Reconhecer as não conformidades traz a possibilidade de materializar na assistência, ações de melhoria contínua.

A assistência de enfermagem envolve a segurança, o cuidado e a continuidade do tratamento, evitando-se ao máximo possíveis complicações no período de internação do paciente.

2. JUSTIFICATIVA

Das ocorrências prevalentes em hospitais podem-se destacar as UPP como a mais comum em pacientes críticos, tornando-se um problema sério para os mesmos.

São altos os índices nacionais e internacionais que apontam de 3,2 a 66% de pessoas acometidas por Úlcera por Pressão (UP) em serviços hospitalares.

A prevenção deste tipo de complicação é um desafio para assistência de enfermagem.

3. OBJETIVOS

- Implementar ações de prevenção para Úlcera Por Pressão (UPP).
- Verificar a incidência após a implementação no Hospital do Pirajussara, Taboão da Serra, SP, Brasil, 2007.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um levantamento epidemiológico, documental, descritivo, retrospectivo com análise quantitativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Pirajussara, instituição que atende 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gerenciado pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina /Universidade Federal de São Paulo (SPDM/UNIFESP). A SPDM é uma Organização Social de Saúde (OSS) que gerencia órgãos públicos de saúde em parceria com o Governo do Estado de São Paulo e outros Municípios do Estado de São Paulo. Esse hospital é Acreditado Nível III, excelência da qualidade de assistência, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

O hospital tem 282 leitos e está localizado no município de Taboão da Serra, São Paulo, Brasil. As Unidades de Internação (UIs) que participaram do estudo são: Clínica Médica (CM) com capacidade para 41 leitos, Clínica Cirúrgica I (CCI) com 34 leitos, Clínica Cirúrgica II (CCII) com 40 leitos, Pronto Atendimento (PA) com 4 leitos referenciados, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto Geral com 10 leitos e Unidade Cardíaca (UCI) com 7 leitos.

O número total de enfermeiros nestas Unidades de Internação é de 27 distribuídos nas UIs nas 24 h conforme pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição do número total de Enfermeiros por Unidade de Internação no Hospital Geral do Pirajussara. Taboão da Serra. SP. Brasil. 2008.

Categoria	CM	CCI	CCII	PA	UTI	UCI
Enfermeiro	5	4	5	5	4	4

4.3 Amostra

Como se trata de um estudo documental, retrospectivo, foram analisadas as fichas de Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão dos prontuários dos pacientes internados no período de maio de 2006 a maio 2007, nas Unidades de Internação: Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica I e II (CCI e CCII), Pronto Atendimento (PA), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Cardíaca (UCI).

4.4 Instrumento de coleta de dados

A ficha que foi analisada foi a de Avaliação de Risco para Úlcera por Pressão, criada de acordo com a literatura, onde os riscos são classificados por escores para cada evento.

Depois da admissão do paciente nas Unidades, o enfermeiro classifica cada paciente de acordo com o risco e instala uma pulseira de identificação colorida nos pacientes que apresentam risco, sendo da cor lilás para Úlcera por Pressão. A partir desse passo, foram realizadas ações de enfermagem baseadas no Protocolo de Avaliação de Risco.

4.5 Aspectos Éticos

Para realização desse levantamento epidemiológico documental-retrospectivo de 2006-2007, foi garantindo a confidencialidade dos dados em respeito a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5. RESULTADOS

Para obtenção dos resultados foram implantadas ações de melhoria no Hospital Geral de Pirajussara, onde desde 2006 todos os pacientes internados são avaliados quanto ao risco para (UPP), a ferramenta utilizada é a escala de Braden, na qual são avaliados os itens:

- Mobilidade
- Incontinência
- Atividade
- Estado físico e
- Estado mental

Nesta avaliação o score obtido pode variar de 5 a 10 pontos como alto risco, 11 a 15 médio risco, 16 a 19 baixo risco e 20 pontos sem risco.

No início da implementação ações foram propostas para evitar o evento tais como:

- Hidratação.
- Uso de colchão caixa de ovo e
- Mudança de decúbito.

Foi criado o indicador de paciente-dia com risco, sendo alto, médio ou baixo e nestes estratos foi realizada a análise da incidência de úlceras por pressão. Foram propostas medidas preventivas relacionadas à classificação do risco:

- Mudança de decúbito para alto risco de 1 em 1 hora.
- Mudança de decúbito para médio risco de 2 em 2 horas e
- Mudança de decúbito para baixo risco de 3 em 3 horas.
- Desenvolvida uma placa com relógio, que fica no leito do paciente e nos horários correspondentes o decúbito é modificado de acordo com o horário estabelecido.

Os dados obtidos foram relacionados ao número de pacientes em risco e a incidência de evento e após essas implementações, observou-se que em média no primeiro semestre de 2007, havia cerca de 2.205 pacientes-dia com risco para UPP por mês. Em novembro de 2007, após estratificação do risco, obteve-se 650 pacientes-dia com baixo risco, 985 com médio risco e 572 pacientes-dia com alto risco para UPP. Os pacientes que desenvolveram UPP foram 89% de alto risco e 10,2% de médio risco e 0,8% de baixo risco, o que validou a indicação de medidas preventivas em cada classificação, como por exemplo, no alto risco a indicação de colchão de ar, diferente do baixo em que o preconizado é o uso de colchão caixa de ovo.

A melhoria do indicador de incidência geral de UPP foi evidenciada pela curva de tendência dos anos de 2007 para 2008, onde houve redução de 30 % na ocorrência do evento.

6. CONCLUSÃO

Com esse estudo foi possível concluir que o gerenciamento dos riscos nas instituições constitui importante ferramenta que reflete na melhoria dos indicadores assistenciais, como a internação livre de danos ao paciente. Após a estratificação do risco para UPP e instituição de medidas para cada um deles, houve uma redução em 30% deste evento que causa impacto direto em outros indicadores estratégicos, como média de permanência, taxa de infecção e mortalidade.

T00097 - UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO COMO INSTRUMENTO GERENCIAL EM HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE.

Autor: MARCELO TADEU CARNIELLO; Co-autores: MAURY LEONCINE

Resumo: A pesquisa tem por objetivo propor e analisar os indicadores de desempenho em hospitais de pequeno porte. A metodologia parte do princípio que é necessário o desenvolvimento e acompanhamento de indicadores de desempenho, para que auxilie a empresa a traçarem planos de ação e implementação de mudanças de acordo com os recursos disponíveis e com as limitações comumente presentes em uma organização de pequeno porte. Trata-se de estudo exploratório, que visa colaborar na melhoria do gerenciamento e tomada de decisão dos administradores hospitalares, pois as dificuldades de financiamento do setor e a falta de profissionalização da gestão são considerados obstáculos para a utilização de indicadores pelos administradores hospitalares. Entretanto, diante da complexidade do segmento, o artigo proporrá uma linha inicial de indicadores de desempenho que colaborem na gestão destas empresas.

Introdução

Defini-se hospital de pequeno porte aquele que possui até 50 leitos cadastrados no cadastro nacional de estabelecimento da saúde (CNES). MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). São hospitais de baixa complexidade clínica e que atendem a uma população de 30.000 hab. UGA (2007)

Não necessariamente hospital de pequeno porte é uma empresa de pequeno porte. Tendo como base as definições do SEBRAE, o qual definiu empresa de pequeno porte através de duas possibilidades: número de funcionários até 9 empregados para o setor de serviços e com faturamento bruto acima de R\$ 240 mil até 2,4 milhões. (SEBRAE,2008).

Entretanto, algumas características gerenciais e culturais se assemelham as atividades da empresa de pequeno porte, já que estes hospitais possuem administração centralizada, ausência de profissionalização, dificuldades na gestão financeira, origem familiar e muitas vezes sem nenhuma planejamento de marketing ou estratégicos (DUSSALT,1994,MENDES,1993). Vale-se dizer que algumas características de empresas de pequeno porte - como flexibilidade - não é característica comum de hospital de pequeno porte (VECINA,2002).

Dos hospitais do país, 60 % são considerados de pequeno porte, com menos de 50 leitos, 28,3% possuem acima de 150 leitos, sendo considerado de médio porte e 11,5% possuem acima de 150 leitos, sendo considerados de grande porte (BITTAR,1997).

Método Utilizado

Este artigo se constitui numa análise descritiva dos hospitais de pequeno porte e através de estudo exploratório propor indicadores de desempenho com vistas a melhoria gerencial destas organizações.

Trabalhou-se com bases de dados secundários: artigos, livros e publicações.

Histórico

Podemos considerar que no Brasil o setor saúde enfatizou o uso de indicadores em 1974 com o surgimento do RECLAR – “Relatório de Classificação Hospitalar “. O Reclar era constituído por tabela que representavam a composição dos hospitais, nos seguintes setores: Planta física, equipamento, utensílios, instalações, organização e de tabela complementar. Além do roteiro, uso e cálculo de indicadores eram enfatizados (RECLAR; 1983).

Em 1989 a Organização Mundial de Saúde iniciou trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando tema abrangente – a qualidade na assistência. Uma das maneiras preconizadas pela sociedade médica paulista de administração em saúde sugeriu o acompanhamento de o desempenho hospitalar pelo uso de indicadores como uma maneira de avaliar a qualidade da assistência (SCHIESARI;2003).

Conceitos, justificativas e objetivos

Hospital

O hospital exibe um conjunto de finalidades: a assistência, o ensino e a pesquisa. Revela-se, portanto, como uma empresa de alta complexidade (DRUCKER,1975; MINTZBERG,2000; ALVES,1997, MOTTA,1991), onde a existência de um sistema de dados adequadamente construído propicia a obtenção de resultados que garantam a sua sobrevivência

Esta complexidade e o risco inerente da atividade obrigam medições constantes e variadas, devendo-se criar indicadores para cada programa ou serviço (BITTAR,2004).

Segundo DAL POZ et al apud ROTTA; 2004, numa análise sobre avaliação de produtividade em serviços de saúde, afirmam que a definição de desempenho nesta área utiliza abordagem que requer dados específicos. Para os autores, o padrão de avaliação de desempenho apóia-se em aspectos gerenciais e de saúde pública.

Indicadores de Desempenho

Indicadores são variáveis que permitem quantificar as variações no comportamento dos critérios de qualidade estabelecidos. Os indicadores proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência. Estas variáveis medem quantitativamente resultados de assistência. Indicadores são relações numéricas que visam estabelecer medidas de determinação de ocorrências ou de uma situação. São parâmetros representativos de um processo que permitem quantificá-lo e facilitam sua comparabilidade, cita Duarte apud Soarez, 2005.

As avaliações de desempenho em instituições de saúde constituem, para NOVAES;2000, área ainda em construção conceitual e metodológica e dependem de uma série de variáveis como: objeto de avaliação, posição do avaliador, enfoque priorizado, metodologia predominante, contexto da avaliação, forma de utilização da informação produzida, tipo de juízo formulado e temporalidade da avaliação.

O uso de indicadores de desempenho pode ser utilizado como parâmetros de comparação entre as diversas empresas que atuam no setor. No caso particular de hospitais de pequeno porte, os indicadores podem ser comparados e utilizados para traçar o perfil econômico, social, epidemiológico da região, além da utilização para tomada de decisão.

Segundo a Joint Comission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO),1992 - entidade americana de certificação de qualidade na área hospitalar – “O indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionada, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar assistência nas atividades de um serviço”.

Ainda, indicadores são medidas síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (RIPSA,2002).

Justificativa

O setor terciário ainda permanece pouco pesquisado, os estudos sobre o tema são escassos: pouco se conhece sobre o setor de serviços (CANDIDO,2000). E percebe-se abaixo, a importância que têm os hospitais de pequeno porte dentro da estrutura de saúde do Brasil.

Os hospitais de pequeno porte representam 62% dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde brasileiro. Os hospitais de até cinquenta leitos somam 4705 estabelecimentos e representam 18% dos leitos existentes no sistema de saúde. Sua vinculação ao SUS (Sistema Único de Saúde) é muito expressiva: 78% dos HPP realizam internação para o SUS. Vale observar que, enquanto a totalidade dos hospitais brasileiros teve um crescimento de 26% no período de 2004-2006, o número de hospitais de pequeno porte se elevou em 50%. UGA (2007).

A medição de desempenho fornece informações básicas para o controle e aprendizagem organizacional. Uma investigação sobre medição de desempenho destaca o empenho em expandir o conhecimento nessa área, que, vem recebendo pouca atenção por parte da literatura especializada (LEITE APUD MIRANDA, 2004).

No início do novo milênio já se levantava a questão da não isenção do setor saúde, de iniciativas no sentido de aparelhar os agentes responsáveis pela assistência médica com padrões de gestão capazes de elevar a produtividade, melhorar os indicadores de qualidade e permitir as organizações condições de sobrevivência em um ambiente de acirrada competitividade (MATOS,2000).

Segundo Porter, 1999: "mesmo longos períodos de estabilidade podem ser abruptamente terminados por movimentos competitivos".

Este movimento competitivo no setor saúde provocou a corrida por certificações de qualidade e melhoria na gestão, na busca de manter e melhorar a rentabilidade de suas instituições. Nesse cenário, observa-se a crescente preocupação dos profissionais de saúde no sentido de estabelecer estratégias ou ferramentas que possibilitem o alcance da qualidade. Surge, assim, a necessidade da construção e validação de indicadores que mensurem a qualidade da assistência que sejam passíveis de comparabilidade nos âmbitos intra e extra-institucional e que reflitam os diferentes contextos de sua prática profissional (MOTTA,1991)

O uso de indicadores hospitalares como ferramenta de mensuração de desempenho vai rastrear a rota de consumo das atividades, descobrem-se atividades que podem ser melhoradas, reestruturadas ou eliminadas. O método também fornece uma visão de processo, a partir de uma rede de atividades necessárias para consecução de um produto. Considera-se, portanto, que esta metodologia de mensuração é importante para subsidiar a tomada de decisões pelos gestores hospitalares.

Objetivos

Os objetivos deste artigo são:

- Realizar revisão bibliográfica sobre o tema: indicadores de desempenho hospitalar, e
- Propor uma lista básica de indicadores para hospitais de pequeno porte

Revisão bibliográfica

A estratégia, definida por Relvas apud Araujo, 2001 como a arte de aplicar os meios disponíveis ou de explorar condições favoráveis com vistas à consecução de objetivos específicos, depende de dois aspectos: a missão da empresa e a forma de competição escolhida.

A proposta de indicadores procura estabelecer o alinhamento das metas operacionais a estratégia do empreendimento, sob a perspectiva econômica e mercadológica, essências a sobrevivência e ao sucesso dos negócios em geral (ARAUJO, 2001)

A direção estratégica das organizações tem sido orientada por dois vetores: vantagem em produtividade e vantagem em valor. Para obter vantagem em produtividade, "o gerenciamento logístico pode proporcionar um grande número de maneiras para aumentar a eficiência e a produtividade e, conseqüentemente, contribuir significativamente para a redução de custos unitários", enquanto que, para obter vantagem em valor, ele pode proporcionar um valor adicionado à oferta, para torná-la diferente da concorrência (CHRISTOPHER,1997).

O painel de indicadores é uma ferramenta que se presta à análise estratégica e proporciona uma visão ampla da situação financeira e econômica da empresa (MATARAZZO apud SOARES ,2005), processos e atividades que são vitais para a competitividade das empresas, porque demonstra onde os recursos estão sendo consumidos e prováveis processos ociosos ,dessa forma, o que se pode fazer para otimizar este consumo e obter o maior retorno possível desta utilização

A não utilização dos recursos disponíveis é particularmente importante em uma indústria onde os custos fixos chegam a representar 70% de toda a composição de custos. Assim o recursos humanos, por exemplo, é parte fundamental no equilíbrio financeiro dos serviços hospitalares, representando entre salários e benefícios, 50 a 60 % do total dos custos hospitalares; dessa forma, a gerência da produtividade dos funcionários terá importante impacto na contenção dos custos (ZUCCHI,2002).

Uma maneira de os hospitais lidarem com os altos custos operacionais é aumentar a sua produtividade, que pode ser uma solução para os níveis elevados desses valores (HAMES, 1991; MARTINELLI,1993).

Segundo Moreira, 1991, produtividade pode ser definida:

"Como um melhor aproveitamento de recursos na produção de bens ou serviços necessários à comunidade. Nesse sentido, aumentar a produtividade pode ser entendida como produzir o mesmo volume com a racionalização do uso dos recursos, ou então aumentar a produção utilizando-se da mesma quantidade de recursos disponíveis".

Economia globalizada, inovações tecnológicas, exigências sociais e ecológicas são questões inegáveis as empresas inseridas no mercado atual. Elas precisam tomar-se cada vez mais competitivas, diminuindo seus gastos e aumentando a produtividade, sem esquecer-se da questão da qualidade, que aliada ao custo do produto, servirá como base e suporte principal para o desenvolvimento, crescimento e manutenção da empresa.

As empresas que buscam eliminar os desperdícios tendem a lançar seus produtos com menor custo, maior qualidade e ampliar sua produtividade. Assim, a empresa tende a estar com vantagem perante as demais, que proporcionará a sua sobrevivência no mercado atual.

O papel de um sistema de desempenho é identificar os objetivos primários e secundários da empresa, avaliar o desempenho desses objetivos e, assim, ajudar a empresa a melhorar seu desempenho em alcançar os objetivos primários (KAPLAN;1997)

Ainda, Kaplan, 1997 defini:

"como objetivo primário dentro da concepção de planejamento estratégico, é identificar o que os proprietários esperam (por exemplo, aumento da riqueza) de suas participações na empresa. As expectativas dos proprietários tornam-se os objetivos primários da empresa. O segundo passo do planejamento é escolher uma estratégia para alcançar os objetivos primários da empresa".

Um dos grandes desafios que o profissional da área de saúde enfrenta é a mensuração da saúde dos indivíduos (Soares,2006). Qualidade, humanização, alta produtividade e baixo custo e o que se espera como resultado de programas e serviços em saúde.

Segundo Bittar,2004

“isso só obtém com o uso rotineiro de instrumentos de medição, no caso de indicadores de qualidade e quantidade”.

Abaixo serão relacionados os principais aspectos a serem considerados no processo de definição dos indicadores de desempenho.

Aspecto: Pessoas

Segundo SARSHAR apud CHARAN e COLVIN, 2006, estima-se que 70% das estratégias mal sucedidas, não estão nas estratégias propriamente ditas, mas sim no executivo implementador destas.

Assim, O objetivo do controle estratégico é, pois, estimular o comprometimento com a missão e com as metas, de acordo com o posicionamento estratégico, porém o gerente deve estar atento ao caráter mutável (do ambiente), que requer flexibilidade quando a revisão da estratégia (ARAUJO, 2001).

Uma lacuna na integração das medidas de desempenho operacional com as prioridades estratégicas contribui para uma fraca integração das atividades da equipe com a estratégia geral, segundo (CHENHALL; LAGFIELD-SMITH, 1998).

Para MEYER, 2000, a mensuração do desempenho deve maximizar a eficácia das equipes e, portanto, estas devem se concentrar em processos capazes de melhorar fornecimento de produtos e serviços aos clientes, através de indicadores de processo que monitorem tarefas e atividades geradoras de resultados.

Aspecto: Qualidade dos dados

O gerenciamento das informações é dificultado pela falta de tradição em coletar dados, transformar em informações e gerar conhecimento. Muitas vezes a informação é insuficiente e a fidedignidade duvidosa. (BITTAR, 2004).

Além destas questões é importante desenvolver indicadores com base científica e que muito mais útil calcular um certo número selecionado de indicadores do que apurar dezenas e dezenas de indicadores, sem correlação entre si, sem comparações e, ainda, pretender dar um enfoque e uma significação absoluta a tais indicadores. (IUDICIBUS, 1998).

Um dos principais objetivos do uso de indicadores é melhorar a gestão e a qualidade da assistência oferecida. O acompanhamento do resultado desses instrumentos pode revelar a eficiência da gestão sendo desenvolvida. Além do monitoramento do desempenho, existe uma tendência de se utilizar os melhores resultados como benchmarking criando-se dessa forma um estímulo para uma melhoria contínua nos processos e da gestão como consequência.

Nesse contexto, o desenvolvimento de indicadores tem sido uma resposta a essa necessidade de avaliar o desempenho tanto de serviços de saúde como de sistemas de saúde. Atualmente, segmentos específicos do setor saúde têm estabelecido um conjunto básico de indicadores para acompanhar desempenho de suas organizações dentro de realidades bem particulares. Alguns elegem os seus indicadores de uma forma bastante criteriosa e consensual, mas infelizmente nem todos aplicam o rigor necessário para a seleção desses instrumentos.

Apesar do uso de indicadores ter-se expandido bastante em todas as áreas de aplicação, os conceitos e princípios sobre os quais são fundamentados esses instrumentos não parecem ser do conhecimento da maioria das pessoas que os utilizam. Na grande maioria das vezes, os indicadores são empregados empiricamente e sem qualquer evidência científica. Na escolha dos indicadores é de extrema importância o conhecimento do referencial teórico sobre o qual eles estão fundamentados, a determinação dos critérios a serem empregados na seleção e a presença de uma explicação clara de como os mesmos foram calculados (SOARES, 2005).

Características Fundamentais

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua construção (frequência de casos, tamanho da população em risco, etc) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão de dados) (RIPSA, 2002)

Sendo a variável que descreve uma realidade, o indicador deve possuir as seguintes características básicas de uma medida em termos estatísticos (KLACK, 2002)

Validade: O indicador deve medir apenas o fenômeno que pretende medir. Se o indicador mede outro fenômeno em paralelo ele perde a sua validade porque pode fornecer uma avaliação não verdadeira do fenômeno em questão. Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de sensibilidade (medir as alterações desse fenômeno) e especificidade (medir somente o fenômeno analisado)

Confiabilidade: O indicador deve reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. Isto é, deve produzir os mesmos resultados se medido por diferentes pessoas em diferentes meios e diferentes épocas, em condições similares. E deve produzir o mesmo resultado se medido pelas mesmas pessoas em diferentes épocas, em condições similares.

Outros atributos de qualidade de um indicador são:

Disponibilidade: Os dados básicos para o cálculo do indicador devem estar disponíveis ou serem fáceis de conseguir. Podendo ser coletados através de serviços de rotina.

Simplicidade: Deve ser fácil de calcular, analisar e interpretar pelos usuários de informação.

Relevância: Deve responder a prioridades de saúde. E deve ser útil para a tomada de decisão de quem a coleta ou da gerência do serviço.

Custo-efetividade: Os resultados obtidos pela tomada de decisões baseadas nesses indicadores devem justificar o investimento de tempo e recursos na coleta de dados para o cálculo.

Embora essas características sejam fáceis de serem definidas, é importante lembrar que elas são pré-requisitos ideais, mas que raramente são atingidos na prática. Muito poucos indicadores terão 100% de todas essas propriedades (SOAREZ, 2005).

Proposta básica de Indicadores para hospitais de pequeno porte

Os indicadores foram divididos em categorias, tendo como base os estudos realizados por Rotta, 2004.

Utilização do Leito Hospitalar

- Média de permanência: é a relação numérica entre o total de pacientes-dia em um determinado período, e o total de doentes saídos (altas e óbitos) no mesmo período (BRASIL,1978).

- Índice de renovação e giro: é a relação entre o número de paciente saídos (alta e óbitos) durante determinado período no hospital, e o número de leitos postos a disposição dos pacientes no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado (BRASIL,1978).

- Índice de Intervalo de substituição: tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro (BRASIL,1978).

- Taxa de ocupação de leitos: relação entre o número de leitos disponíveis dia e tem como objetivo medir o nível de utilização dos leitos hospitalares (BRASIL,1978).

Produção/Produtividade/Recursos Humanos

- Funcionário por leito: número de funcionários próprios em relação a soma do número de leitos e camas existentes em operação para o período pesquisado (BITTAR, 1996). Em algumas instituições onde os serviços são amplamente terceirizados, a relação funcionário próprio por leito é prejudicada.

- Número de Horas Cirúrgicas: consideraram-se todas as intervenções cirúrgicas realizadas no período estudado, considera-se como tempo de permanência em sala cirúrgica, o período que compreende, desde a entrada do paciente na sala, até a sua saída desta.

- Número de cirurgias por leito: número de cirurgias realizadas no período, dividido pelo número de leitos.

Mortalidade

- Taxa de mortalidade geral: relação entre o número de óbitos e o número de saídas (altas e óbitos) e tem como objetivo medir a taxa de óbitos ocorridos no hospital. (SIPAGEH,2000).

- Taxa de Mortalidade Institucional: relação entre o número de óbitos de pacientes com mais de 48 horas de internação e o número de saídas (altas e óbitos).

Satisfação do Cliente

- Indicador de pesquisa de satisfação de clientes.

Conclusão

As peculiaridades relativas aos estágios de maturidade dos empreendimentos afetam diretamente a estrutura e o comportamento das empresas e a consequente definição dos sistemas de informações gerenciais, a mensuração de desempenho, porque precisam ser capazes de detectar os fatores críticos de sucesso competitivo para avaliação da estratégia.

Portanto, a definição de sistemas de controle adequados não pode perder a perspectiva de integração entre a missão do negócio, a estratégia e o ambiente competitiva. Ou seja, quando se adota uma missão de construção é provável que se esteja operando em um ambiente em que há crescimento da competição, do risco do negócio e maior grau de incerteza. Por isso, é mais adequado um sistema de controle que acompanhe as mudanças organizacionais e ambientais, e aja como indicador de desempenho e estímulo comportamental.

Neste artigo buscou-se enfatizar a necessidade da mensuração de forma organizada e resumida para hospital de pequeno porte. É lógico que o assunto não se esgota ou tampouco se buscou atingir todas as particularidades de uma construção de um painel de indicadores de desempenho. Mas, sim, recomendar em outras pesquisas, o aprofundamento do tema, já que como visto, o setor saúde é - particularmente em hospitais de pequeno porte - carente de informações para tomada de decisão.

Rotta,2004 em sua tese de doutorado, estudou os indicadores de desempenho pelos hospitais de Ribeirão Preto, concluiu que percebe-se uma incoerência entre o discurso dos dirigentes e a prática verificada nos hospitais estudados, demonstrando claramente que ainda há muito o que fazer no setor saúde no Brasil, inclusive medir o desempenho daqueles que comandam o setor.

Bibliografia

ALVES, A. Financiamento e eficiência em dois hospitais filantrópicos paulistas.São Paulo.1997. Tese (doutorado).Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo.

ARAUJO, Aneide Oliveira. Contribuição ao estudo de indicadores de desempenho de empreendimentos hoteleiros, sob o enfoque da gestão estratégica.São Paulo.2001.Tese (doutorado).Universidade de São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Padrões de Construções de Instalações de Serviços de Saúde: Conceito e Definições – Hospital Geral de pequeno e médio portes, unidades sanitárias. Brasília. 1978.

BITTAR, Olimpo J. Nogueira. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. RAS.São Paulo.v.6.nº22,p.15-16.jan-jun.2004

BITTAR, Olimpo J. Nogueira. Hospital qualidade e produtividade. São Paulo: Sarvier;1997.

CANDIDO, Gesinaldo Ataíde. Indicadores de Competitividade para Micro e Pequenas Empresas Comerciais: Um Estudo de Caso.Universidade Federal da Paraíba.2000.

CHARAN, R, COLVIN G. Why CEO S fail. Fortune.2006.

CHRISTOPHER, Martin. Logística e gerenciamento da cadeia de suprimentos: estratégias para redução de custos e melhoria de serviços. São Paulo. Pioneira.1997.

CHENHALL, R., LANGFIELD-SMITH, K.Factors influencing the role management accounting in the development of performance measures within organizational change programs. Management Accounting Research.1998.

DAL POZ, M. R. et al. Produtividade e desempenho dos recursos humanos nos services de saúde. Programa de desenvolvimento de recursos humanos. Organização Pan Americana de Saúde.1997.

DUARTE IG e NISHIKUNI YY. 1º Caderno CQH de Indicadores Hospitalares. Programa CQH – São Paulo – 2002.

- DUSSALT, G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. Educ. méd. salud.,v.28,n.4,p.478-479, 1994.
- DRUCKER P. O trabalho e o processo de tomar o trabalho produtivo.São Paulo:Pioneira;1975.
- HAMES, D.S.P.. Productivity-enhancing work innovations: remedies for what ails hospital? Hosp. & Health serv. Adm.1991.
- HUNGER, J.D., WHEELEN, L.T. Gestão Estratégica: princípios e práticas. Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Editores.2002.
- IUDICIBUS, Sergio de. Contabilidade Gerencial.6ed.São Paulo.Atlas.1998.
- Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de informações para a Saúde – RIPSa – Brasília. Organizações Pan-Americana da Saúde.1ª Edição;2002.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO). Accreditation Manual for Hospital, Nursing care.1992.
- KAPLAN, ROBERT S.,NORTON, DAVID P..A estratégia em ação. Balanced Scorecard.23ed.São Paulo.Campus.1997.
- KLACK M, GUIMARÃES JR, FERREIRA J. Prompt. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, implementação e validação de indicadores.RAS. São Paulo. V.4.nº16.p.27-32.2002.
- LAURENT, R. et al. Estatísticas de Saúde. 2ª Edição. São Paulo:EPU;1987.
- LEITE, DANIELA CINTIA DE CARVALHO. Investigação sobre a Medição de Desempenho em Pequenas Empresas Hoteleiras do Nordeste Brasileiro. Tese de Mestrado.Universidade Federal da Paraíba.2004.
- MARTINELLI, M.C.S. Estudo evolutivo de indicadores hospitalares do hospital Ana Costa.Qualimetria.1993.
- MATARAZZO, Dante C. Análise financeira de balanços: abordagem básica e gerencial. 6 ed. São Paulo. Atlas, 2003.
- MATOS, Afonso J.A produtividade na assistência Médica.Tão claro quanto factível?.RAS.São Paulo.v.2.nº7,abr-jun.2000.
- MEYER, CHRISTOPHER. Como os indicadores adequados contribuem para a excelência das equipes. Rio de Janeiro. Harvard Business Review.Campus.2000.
- MENDES, V.L.P.Gerenciando qualidade em serviços de saúde. Rev. Bras. Enferm.,v.46,3-4, p. 211-225,1993.
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Projeto de Terminologia em Saúde.Glossário.2004.DF.Brasília
- MINTZBERG H, et al. Safári de Estratégia. Porto Alegre: Bookman, 2000.p.40.
- Ministério da Saúde. RECLAR. Brasília (DF).1983.
- MOREIRA, D.A.Medida de produtividade na empresa moderna.São Paulo. Pioneira.1991.
- MOTA, Nancy V.V.P. et al.A construção de indicadores de qualidade de enfermagem:relato da experiência do programa de qualidade hospitalar.São Paulo.v.9.nº 34.jan-mar.2007.
- MOTTA, P.R.Gestão contemporânea: a ciência e arte de ser dirigente.Rio de Janeiro. Record. 1991.
- NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas serviços e tecnologias em saúde.Rev. Saúde Pública. n34.2000.
- PBQP – Critérios para a gestão de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público. Brasília: IPEA,Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento.1991.
- PORTER, Michael E. A Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior.6ª ed. Rio de Janeiro: Campus,1999.512 p.
- RELVAS, Tânia R.S. Estudo de bases conceituais para desenvolvimento de modelos de previsão voltados para a gestão estratégica de custos. São Paulo.1998.Tese (mestrado).FEA/Universidade de São Paulo.
- ROTTA, Carmen S.G.Utilização de Indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial.São Paulo.2004.Tese (doutorado). Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo.
- SARSCHAR, M.Improving service delivery in FM: case study of a UK hospital facilities directorate. Liverpool. Journal of facilities management. 2006.
- SEBRAE.site.http://www.sebraesp.com.br/principal/conhecendo%20a%20mpe/mpes%20em%20números/faturamentobrutobranual.aspx.acessado.15.07.2008
- SIPAGEH. Administração Hospitalar. São Paulo: Centro de Ciências Econômicas – Universidade Vale dos Sinos,2002.
- SOAREZ, Patrícia Coelho, et al. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção.RAS.São Paulo.v.7.nº27,abr-jun.p.57-64.2005.
- SCHIESARI, Laura M.C.; KISIL, Marcos. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros.RAS.São Paulo.v.5. nº18,jan-mar.2003.
- SOARES, Maria Ap.. Análise de indicadores para avaliação de desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde brasileira: uma aplicação de análise fatorial.São Paulo. 2006. Tese (mestrado).Universidade de São Paulo.
- UGA, Maria Alicia Domingues; LOPES, Elaine Machado.Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. Ciência Saúde Coletiva. Jul/Ago.2007.vol.12.n4.p915-928.
- VEICINA, G. Vontade política motivada para sociedade pode contribuir para transformação das organizações de saúde. Administração Profissional, ano 25, n.192, jun.2002.
- ZUCCHI, Paula, BITTAR, Olimpo J. Nogueira. Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados.RAS. São Paulo.v.4.nº14,jan-mar.2002.

T00099 - SISTEMATIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DE GESTÃO DE RISCO NAS TRANSFUSÕES E DA HEMOVIGILÂNCIA EM HOSPITAL

Autor: ERIKA MORI; Co-autores: YOSHIFUMI TSUDAHA; ANDRÉIA LEÃO RODRIGUES

Palavras-chaves: Hemovigilância, Hemoterapia, Gestão de Risco

Resumo: Realizada pesquisa de acompanhamento Transfusional e observado que o número de notificações de reações adversas era baixo. Desta forma aprimoramos o processo de hemovigilância integrado com a gestão de risco elaborando um instrumento de registro de dupla checagem que contempla as etapas relacionadas à transfusão de hemocomponentes e delimita os pontos críticos do processo.

Introdução:

Ainda que os novos desenvolvimentos de tratamentos de saúde venham apresentando expressivos progressos, não se encontrou ainda como substituir o sangue humano para fins terapêuticos. A transfusão de hemocomponentes tem sido sempre muito importante como suporte de diversos tratamentos. Sabe-se que toda transfusão tem sempre riscos associados. Na década de 80 com o surgimento da epidemia da AIDS quando muitas pessoas desenvolveram essa síndrome após transfusões de sangue, vários países, principalmente os mais desenvolvidos, estabeleceram normas rigorosas para melhorar a segurança das transfusões de sangue, inclusive introduzindo um novo conceito: o da Hemovigilância¹. Para possibilitar através da investigação das reações transfusionais adversas a determinação de suas causas para prevenção das recorrências.

No Brasil, assim como nos países industrializados, o grande impulso da terapêutica da transfusão também está mais ligado à epidemia da AIDS¹. A partir desse período, foram estabelecidas novas normas para o funcionamento dos serviços hemoterápicos, visando a diminuição dos riscos à saúde que as atividades desenvolvidas por eles podem trazer, tentando garantir assim a transfusão de um hemocomponente da melhor qualidade possível¹.

Na França o sistema de Hemovigilância foi implantado em 1994. No Reino Unido, em Luxemburgo e na Suíça ele foi implantado em 1996. Na Holanda foi implantado em 1997. Na Noruega não há uma forma sistemática de notificação das complicações transfusionais, exceto quando se trata de uma infecção viral³. Na Polónia, não existe um sistema definido em lei, no entanto, as reações transfusionais devem ser comunicadas a um Centro Nacional³. Nos Estados Unidos o sistema é descentralizado envolvendo vários órgãos, governamentais e privados³. E no Brasil desde 1993 (Portaria nº1376 de 1993) o Ministério da Saúde determina o registro da ocorrência de reações transfusionais nas unidades hemoterápicas⁴.

A literatura europeia aponta para uma incidência esperada de 03 reações transfusionais em 1.000 transfusões realizadas⁵. No Brasil, segundo o último boletim de Hemovigilância de 2008 da ANVISA, temos cerca de 80% de casos subnotificados⁵. A região Centro-Oeste encontra-se em 1º lugar, com cerca de 98,7% casos subnotificados⁵. A região Sudeste encontra-se em 4º lugar, com cerca de 75,2%, sendo que em São Paulo a subnotificação é cerca de 67%⁵.

Dados da França, onde os eventos transfusionais indesejados (reações adversas) são coletados de forma compulsória, e da Inglaterra, onde são coletados de maneira voluntária, demonstram que uma taxa basal de eventos está sempre presente e que ela pode ser realizada através da análise dos efeitos indesejáveis e da elaboração de medidas que possam preveni-las^{6,7}. O sistema inglês SHOT, que tem uma estatística acumulada de 1996 a 2006 mostra que o nº de notificações relacionadas com transfusão incorreta de hemocomponentes (erro de classificação ou troca de componentes) é superior a 70% do total das reações indesejáveis⁶.

Desde 2000, o Brasil tem discutido o processo de hemovigilância e, a partir de 2003, a legislação brasileira tornou obrigatória as notificações através do Sistema Nacional de Hemovigilância informatizado⁶. Este sistema foi implantado com o objetivo de promover e incentivar a notificação no país. Além disso, a criação do Manual de Hemovigilância pela ANVISA e que tem sua versão atualizada a cada ano, proporciona melhor conhecimento nacional sobre o assunto.

A transfusão de sangue é um ato médico, com muitas variáveis que podem concorrer para o surgimento de complicações aos pacientes. Isto inclui o tipo de componente que está sendo transfundido, as características do paciente e suas condições médicas, os equipamentos e materiais utilizados, os procedimentos operacionais e capacitação dos profissionais envolvidos no cuidados aos pacientes⁸. Embora algumas reações sejam inevitáveis, a maioria das reações transfusionais fatais é atribuída a erros humanos⁸. Uma das mais importantes causas de morte é a incompatibilidade ABO⁸. Embora erros atribuídos aos bancos de sangue e laboratórios possam causar este tipo de reação, a grande maioria é causada por falhas no momento da instalação do hemocomponente, devido à checagem inadequada dos dados de identificação⁸. Em 1998 foram reportados 23 acidentes envolvendo incompatibilidade ABO pela French Agency of Sanitary Safety for Health Products e 27 em 1999⁷.

O Sistema Brasileiro de Hemovigilância, definido pela ANVISA como um conjunto de procedimentos de vigilância que abrange toda a cadeia da transfusão sanguínea, gera informações sobre os eventos adversos (reações transfusionais) resultantes do uso terapêutico de hemocomponentes, ou seja, são os eventos não preveníveis⁹. No entanto, é necessário conhecer todas as variáveis do processo, para que elas possam ser controladas. Permitindo assim, um melhor gerenciamento de todos os riscos.

Foi pensando em todos os fatores envolvidos no processo hemoterápico e preocupados com as altas taxas de incidentes transfusionais decorrentes a erros humanos relatadas em literatura e de experiências vividas que dois Hospitais Públicos da Grande São Paulo, vinculados a OSS, resolveram reestruturar o monitoramento de gestão de seus processos.

Justificativa:

A medicina transfusional é um complexo processo dependente de vários profissionais. Para realizá-lo com segurança cada profissional depende não só de seus próprios conhecimentos e habilidades, assim como de todas as equipes envolvidas e de um sistema de hemovigilância eficiente. Um sistema bem estruturado é eficaz no monitoramento e na avaliação das informações obtidas, permite reavaliar todas as etapas do processo, detectar e identificar os riscos relacionados ao uso terapêutico dos hemocomponentes e as suas falhas, principalmente os erros humanos. Além de proporcionar a implantação de medidas corretivas e preventivas que minimizam os riscos aos pacientes.

Visando alcançar esta condição as Agências Transfusionais desses dois Hospitais implantaram em 2008 um conjunto de novas medidas e em especial um formulário único padronizado de dupla checagem para maior segurança dos pacientes.

Método:

Com os objetivos de melhorar o monitoramento do processo transfusional e integrar a gestão de risco nos processos de Hemoterapia, desde o final de 2007 esses dois Hospitais iniciaram uma investigação rigorosa de todas as etapas do processo Transfusional, pois uma adequada implantação do sistema de Hemovigilância depende da qualidade dos dados gerados pelos serviços.

O Hospital I que atende a uma população de cerca de 266.954 habitantes, contém 220 leitos, várias especialidades clínicas e cirúrgicas, e realiza uma média de 335 transfusões/mês.

O Hospital II embora com uma estrutura um pouco menor atende a uma população de cerca de 184.148 habitantes, contém 104 leitos, conta com várias especialidades clínicas e cirúrgicas, e realiza uma média de 190 transfusões/mês.

A investigação foi realizada por meio de: a) análise de situações de risco e/ou vulnerabilidade na segurança do paciente através do método de avaliações de perigos e riscos – APR, associando a avaliação da probabilidade da ocorrência, a avaliação da gravidade da ocorrência e o nível de risco (fonte: VHA National Center for Patient Safety); b) revisão literária; c) estudo de casos ocorridos nos dois Hospitais; d) revisões dos prontuários e análise de seus indicadores.

Foram objeto das investigações todas as variáveis do procedimento transfusional: desde erros administrativos, como falhas de preenchimento de prontuário ou requisição de transfusão até a realização dos testes imunohematológicos e a infusão do hemocomponente propriamente dita.

Todos os dados coletados foram transcritos para uma folha de verificação, posteriormente analisados através de um diagrama de causa e efeito para o apontamento de todos os ambientes envolvidos e em seguida uma terceira análise para a priorização dos problemas, que foram divididos em reações adversas, evento ou quase-evento, evento sentinela e desvios da qualidade. O levantamento incluiu todas as clínicas que executaram transfusões de qualquer hemocomponente.

Para fins de estruturação e qualificação foram utilizadas as seguintes definições:

- Reações adversas Transfusionalis: são todos os efeitos indesejáveis e/ou inesperados, evento adverso, imediato ou tardio associados ao uso de hemocomponentes⁹.

- Eventos adversos: são ocorrências imprevistas que causaram algum dano, gravidade e/ou fatalidade ao paciente. Exemplos: troca de bolsa de sangue em transfusão, troca de pacientes transfundidos, erro de testes pré-transfusionais e troca de amostras de receptores 21.

- Quase eventos adversos: são eventos que poderiam ter causado uma gravidade se não fosse detectado antes. Exemplos: má identificação do receptor em amostras e/ou requisições, erro de cadastro de pacientes e troca de etiquetas de identificação do paciente são as principais ocorrências 21.

- Desvios da qualidade: são ocorrências relacionadas aos procedimentos operacionais pré-definidos.

- Evento sentinela: evento que consta da lista de eventos sentinelas publicados pela ONA em 2006 21.

Finalizada a classificação dos problemas chegou-se à elaboração de um conjunto de novas medidas que além de contemplar o monitoramento do processo transfusional também melhora as boas práticas para a manipulação dos hemocomponentes. Fazem parte deste conjunto de medidas:

a) Uma ficha única: que é um instrumento de registro e de dupla checagem que foi inicialmente denominado como “Check List Segurança Transfusional – Hemovigilância”. Este formulário iniciou com 20 itens e após várias revisões, estabeleceu-se 11 itens que devem ser registrados e duplamente checados, tanto pela equipe das Agências Transfusionais quanto pelas equipes de Enfermagem durante todo o processo hemoterápico.

Este conceito de dupla checagem é amplamente utilizado em diversas áreas profissionais, como por exemplo na área de tecnologia de redes, de engenharia e de economia, podendo ser definido como um processo de conferência realizado por duas pessoas diferentes⁷.

b) Estabeleceu-se a infusão imediata do hemocomponente ou no máximo em 30 minutos após a sua retirada da Agência Transfusional, garantindo a sua integridade.

c) Estabeleceu-se a devolução do hemocomponente após a transfusão para a Agência Transfusional, garantindo a sua rastreabilidade e o seu descarte adequado e ainda contribuindo para um melhor gerenciamento de nossos resíduos.

O instrumento criado contempla todas as etapas relacionadas ao processo hemoterápico, então, inicia-se com a confirmação da prescrição em prontuário, da identificação do paciente receptor, da disponibilidade de acesso venoso exclusivo e da aferição dos sinais vitais. No momento da retirada do hemocomponente nas Agências Transfusionais há a confirmação da identificação do paciente com a identificação do hemocomponente. Durante a transfusão há a confirmação positiva do paciente receptor e o seu monitoramento. Por fim existem opções que podem ser assinaladas em caso de sinais ou sintomas sugestivos de reação Transfusional ou a notificação de um evento, quase evento e desvios da qualidade. Assim delimitam-se os pontos mais críticos do processo, como a troca de paciente e a troca de bolsas.

É importante ressaltar que o formulário tem uma abordagem não punitiva e sim a preocupação em analisar de perto os erros e enganos cometidos mesmo que pareçam pequenos.

O verso do formulário contém instruções de preenchimento, cuidados principais com o receptor e alguns cuidados relacionados às boas práticas de manipulação dos vários tipos de hemocomponentes, como a importância do acesso venoso exclusivo, a importância da infusão imediata e do tempo de infusão. Em caso de detecção de reação adversa ou de eventos ou quase eventos ou de desvios da qualidade antes, durante ou após a transfusão também há no seu verso as instruções para que as ações sejam imediatas e as medidas corretas sejam providenciadas.

Após o ato transfusional e todos os itens duplamente checados o formulário deve ser devolvido à Agência Transfusional juntamente com o hemocomponente transfundido. O colaborador da Agência Transfusional checa então o hemocomponente com o formulário e o protocolo de entrega. Nenhum hemocomponente é liberado sem a prévia dupla checagem das etapas iniciais do processo seguindo os itens do formulário. Em caso de acidente ou interrupção da transfusão por qualquer motivo o formulário permite a sua descrição e justificativa sendo o procedimento semelhante, com a devolução da unidade de hemocomponente e o formulário preenchido para a Agência Transfusional, garantindo a notificação do desvio de qualidade e o descarte adequado.

Uma das dificuldades enfrentadas na fase de implantação decorreu-se do fato do processo transfusional envolver equipes distintas, das Agências Transfusionais e da Enfermagem, que inicialmente apresentaram-se contrárias ao novo conjunto de medidas, mas, após vários treinamentos todos os envolvidos incorporaram o novo conjunto de medidas na rotina de trabalho.

Atualmente cada hospital redefiniu o nome do formulário de acordo com as normas do seu gerenciamento de risco.

Resultados:

O hospital 2 implementou efetivamente a nova proposta a partir do 2º Semestre de 2008 enquanto que o Hospital 1 desde o 1º Semestre de 2008.

No 1º trimestre de 2008 o hospital 1 com a nova metodologia ainda em teste na rotina apresentou um percentual de 0,36% de notificações de reações adversas (Gráfico 1) com um total de 1004 bolsas transfundidas enquanto que o hospital 2 que não havia ainda implantando a nova metodologia não apresentou nenhuma notificação de reação adversa com um total de 553 bolsas transfundidas.

No 2º trimestre o hospital 1 realizou o treinamento de todas as equipes envolvidas tendo um aumento do percentual de notificações adversas (Gráfico 1) com um total de 900 bolsas transfundidas enquanto que o hospital 2 ainda sem a implantação da nova metodologia apresentou um percentual de 1% de notificações com um total de 431 bolsas transfundidas.

A partir do 3º trimestre o percentual de notificações (Gráfico 1) dos dois hospitais oscilou devido ao número de bolsas transfundidas mas com uma tendência de aumento e o mais importante é o fato de que não aconteceu zero de notificação como no 1º trimestre antes da implantação das novas medidas. O hospital 2 realizou o treinamento de todas as equipes envolvidas no final do 3º trimestre.

Observa-se em ambos os hospitais que após a implantação do formulário de dupla checagem uma melhora contínua no monitoramento do processo transfusional com conseqüente queda das subnotificações.

O mesmo aconteceu com a detecção dos eventos adversos, dos eventos sentinelas, dos quase eventos adversos e dos desvios da qualidade, como pode-se observar no Gráfico 2. Em ambos os hospitais houve um aumento significativo na detecção e notificação dos fatos após a implantação da nova metodologia de monitoramento.

O hospital 1 implantou no 1º trimestre o sistema de Vigilância de Risco e o hospital 2 no final do 2º trimestre, iniciando a divulgação de material e treinamento para realizar notificações de evento/desvio de qualidade abrangendo a Farmacovigilância, a tecnovigilância e a hemovigilância. Promovendo desta forma a sistematização das notificações de desvio de qualidade em conjunto com a metodologia aplicada pela Agência Transfusional.

Conclusões:

Pode-se concluir que o conjunto de medidas adotado pelos dois hospitais contribuiu muito para uma melhora significativa do processo transfusional e conseqüentemente no aumento da segurança do paciente receptor de transfusão. No entanto, eliminar totalmente a possibilidade de erros humanos é impossível, mas por outro lado, reduzir as oportunidades para que eles ocorram é um objetivo facilmente alcançável. E a Hemovigilância pode ser uma ferramenta útil para fazer não somente os profissionais de saúde cientes do lado relacionado à transfusão, mas para avaliar igualmente a eficácia de uma nova medida de segurança.

Gráfico 1: Índice de notificações de reações adversas relativo a 100 (n° de notificações / n° de hemocomponentes liberados x 100)

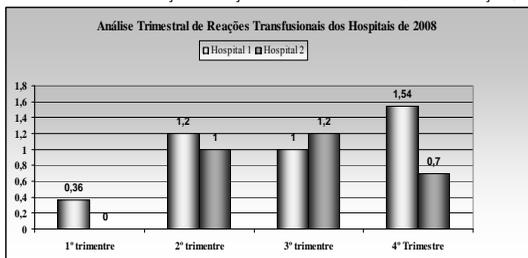
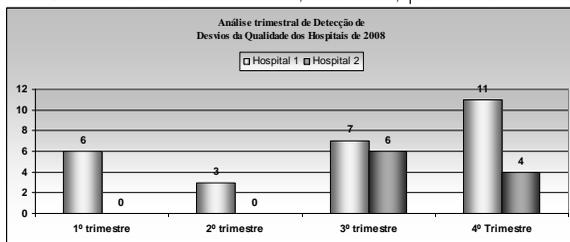


Gráfico 2: Somatória de todos os eventos sentinela, evento adverso, quase evento adverso e desvios da qualidade.



A gestão da qualidade pressupõe formação e educação contínua. De nada adianta produzir um produto com qualidade e entregá-lo nas mãos de pessoas despreparadas para o seu uso. A implantação de programas de treinamentos e capacitação às equipes, com o reconhecimento das limitações da hemoterapia e da existência dos riscos, conduzirá os serviços hemoterápicos cada vez mais a avanços na melhoria dos seus processos.

A segurança na administração dos hemocomponentes depende de indivíduos capacitados realizando um trabalho completo e competente. Ter procedimentos escritos, adequados e disponíveis para providenciar às equipes instruções adequadas e consistentes de como proceder nos cuidados com o paciente receptor de transfusão certamente contribui para aumentar a segurança transfusional.

Referências Bibliográficas:

1.FERNANDES, M.F.A. Hemovigilância: Análise das informações disponíveis para sua implantação, de acordo com a (re) investigação de casos de AIDS associados à transfusão. Dissertação de Mestrado. 2001.

2. DEBEIR, J.; NOEL, L.; AULLEN, J.P.; FRETTE, C.; SARI, F.; MAI, M.P.V. ET al. The French Haemovigilance System. *Vox Sang*, v. 77, p. 77-81, 1999.
3. ENGELEFRIET, C.P.; REESINK, H.W. Haemovigilance Systems. *Vox Sang*, v. 77, p. 110-120, 1999.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº1376, de 19.11.93: aprova alterações na Portaria nº721/GM, de 09.08.89, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção I, p. 18405, 2 dez 1993.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim de Hemovigilância. 2008.
6. PROIETTI, A.B.F.C.; CIOFFI, J.G.M. Hemovigilância: verificação final da qualidade da transfusão?. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v.30, n.3, p.173-174, 2008.
7. HERVÉ, P.; FLORIS, M.F.L.; REBIBO, D.; MOREL, P.; ANDREU, G. Hemovigilance in France. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v.22, n.3, p.368-373, 2000.
8. FERREIRA, O.; MARTINEZ, E.Z.; MOTA, C.; SILVA, A.M. Avaliação do conhecimento sobre hemoterapia e segurança transfusional de profissionais de enfermagem. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 29, n.2, p.160-167, 2007.
9. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual Técnico de Hemovigilância – Investigação das Reações Transfusionalas Imediatas e Tardias não Infecciosas. 2007.
10. YAMANAKA, T.I.; PEREIRA, D.G.; PEDREIA, M.L.G.; PETERLINI, M.A.S. Redesenho de atividades da enfermagem para redução de erros de medicação em pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, p. 190-196, 2007.
11. ÂNGULO, I.L. Hemoterapia moderna, práticas antigas. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v.29, n.2, p.108-108, 2007.
12. SOCIEDADE BENEFICIENTE DE SENHORAS HOSPITAL SÍRIO LIBÂNES. Guia de Condutas Hemoterápicas. 2005.
13. PATTERSON, FREEDMAN, BLANCHETTE, SHER, PINKERTON, HANNACH, MEHARCHAND, LAU, BOYCE, PINCHEFSKY, TASEY, POON, SHULMAN, MACK, THOMAS, GREENSPAN & PANZARELLA. Effect of premedication guidelines and leureduction on the rate of febrile nonhaemolytic platelet transfusion reactions. *Transfusion Medicine*, v.10, p.199-206, 2000.
14. RELEVY, H.; KOSHKARVEV, A.; MANNY, N.; YEDGAR, S.; BARSHTEIN, G. Blood banking-induced alteration of red blood cell flow properties. *Transfusion*, v.48, p.136-146, 2008.
15. ANNISS, A.M.; SPARROW, R.L. Storage duration and White blood cell content of red blood cell (RBC) products increases adhesion of stored RBCs to endothelium under flow conditions. *Transfusion*, v.46, p.1561-1567, 2006.
16. WATERING, L.; LORINSER, J.; VERSTEEGH, M.; WESTENDORP, R.; BRAND, A. Effects of storage time of red blood cell transfusions on the prognosis of coronary artery bypass graft patients. *Transfusion*, v.46, p.1712-1718, 2006.
17. WILLIAMSON, L.M.; STAINSBY, D.; JONES, H.; LOVE, E.; CHAPMAN, C.E.; NAVARRETE, C.; LUCAS, G.; BEATTY, C.; CASBARD, A.; COHEN, H. The impact of universal leukodepletion of the blood supply on hemovigilance reports of posttransfusion púrpura and transfusion-associated graft-versus-host disease. *Transfusion*, v.47, p. 1455-1467, 2007.
18. DAVIS, A.; MANDAL, R.; JOHNSON, M.; MAKAR, R.; STOWELL, C.; DZIK, S. A touch of TRALI, v.48, p. 541-545, 2008.
19. MURPHY, M.F.W. Guidelines for the clinical use of red cell transfusions. *British Journal of Haematology*, v.113, p. 24-31, 2001.
20. THE ASSOCIATION OF ANAESTHETISTS OF GREAT BRITAIN AND IRELAND. Blood Transfusion and the anaesthetist; red cell transfusion. September 2001.

21. MINISTÉRIO DA SAÚDE –Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Atenção Especializada. Guia para o uso de Hemocomponentes, 2008.

T00105 - MUDANÇAS NA RELAÇÃO ENTRE O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A REDE DE SERVIÇOS DO SUS: PROJETO ALTA REFERENCIADA.

Autor: ADRIANO MASSUDA

RESUMO

O presente trabalho relata uma experiência de mudança na relação entre um hospital universitário, HC-Unicamp, e a rede de serviços do SUS, desenvolvida através do “Projeto Alta Referenciada”, cujo objetivo é ampliar o número de altas ambulatoriais de modo referenciado para rede. A construção do projeto foi realizada pela equipe dos ambulatórios do hospital, utilizando-se o método da Roda (Campos, 2000). Destaca-se a “passagem do caso” que busca produzir uma relação intersubjetiva de segurança entre quem encaminha e quem recebe o paciente. Ao todo 434 pacientes foram referenciados, sendo registrado o retorno de apenas dois por não seguimento na rede.

PALAVRAS-CHAVE

Gestão Participativa, Rede de Atenção, Atenção Ambulatorial Especializada, Hospital Universitário.

INTRODUÇÃO

A integração entre serviços é um dos pressupostos básicos para a organização de Sistemas de Saúde1. Esse pressuposto está presente na legislação que regulamenta o sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS)2. Promovê-la na prática, entretanto, é um grande desafio que voltou à agenda política da saúde no Brasil após a aprovação das novas diretrizes organizativas para o SUS, presentes no Pacto pela Saúde (2006)3. Dentre elas está prevista, no eixo do Pacto de Gestão, a constituição de redes de atenção em regiões de saúde formadas por diferentes municípios, de acordo com critérios de interdependência, com intermediação dos estados e pela União. Para tanto, apresenta-se como necessidade o desenvolvimento de novos modos de relação entre serviços e governos, capazes de promover a integração das ações de atenção, gestão e governança4.

Porém, se a constituição de redes de atenção é um desafio atual do SUS, maior ainda é promover a inserção de serviços que compõe a atenção hospitalar e especializada em redes. Sobre tudo dos Hospitais de Ensino Universitários, que se caracterizam por apresentarem importante complexidade organizacional por lidarem com amplo espectro de problemas de saúde, para os quais são necessárias intervenções altamente especializadas, mediante processos de trabalho hiper-fragmentados. Além disso, a lógica de organização da atenção à saúde nesses hospitais é substancialmente determinada por fatores não somente assistenciais, mas também acadêmicos relacionados ao ensino, à pesquisa, entre outras⁵.

Sob essa ótica, a inserção da atenção hospitalar e especializada prestada pelos hospitais universitários em redes de atenção saúde apresenta-se como algo aparentemente impraticável. Entretanto, em função da crise vivida por essas instituições, multifatorial em sua produção e crônica em sua duração⁶, trata-se de uma agenda que se abre como um caminho possível para a superação da crise, tanto do ponto de vista econômico, como assencial⁷. A inserção em redes de atenção pode permitir a esses hospitais a organização necessária para melhor atender aquilo que é de sua competência, no tempo certo e durante o período necessário, racionalizando custos e qualificando a assistência.

É sob essa perspectiva que a atual gestão do Hospital de Clínicas da Unicamp (HC-Unicamp) vem trabalhando no sentido de promover as mudanças necessárias no modelo de gestão e de atenção do hospital para melhor se relacionar com os serviços que compõe o SUS. Para tanto, por um lado tem se trabalhado com a re-organização das áreas administrativas e assistenciais na perspectiva de constituir de Unidades de Produção e Colegiados de gestão, agregando serviços e sujeitos que atuam sobre um mesmo determinado objeto⁸. Por outro, tem se trabalhado com projetos que visem promover mudanças nas práticas assistenciais realizadas nos ambulatórios e enfermarias do hospital, buscando fortalecer a integração com a rede de serviços de saúde.

Como subsídio para o exercício desse trabalho, a equipe de assessoria da superintendência do HC-Unicamp, formada por médicos sanitaristas, tem utilizado os referenciais técnico-operacionais da Clínica Ampliada e Compartilhada, Gestão Democrática e Redes de Atenção⁹, assim como com o método da Roda-Paidéia¹⁰ para o trabalho com coletivos na relação com os diferentes serviços do HC-Unicamp e com os demais serviços que compõe o SUS,

Dentre os projetos que vêm sendo desenvolvidos com apoio da assessoria da superintendência do HC-Unicamp, destaca-se o "Projeto Alta Referenciada", que vem sendo coordenado pela equipe da Divisão de Ambulatórios e Procedimentos Especializados (DAMPE), em conjunto com a equipe do serviço social e a chefia de Atenção em Clínica Médica. Trata-se de um projeto que tem por objetivo estimular os diversos ambulatórios do HC-Unicamp a darem alta aos pacientes que não demandam mais atenção ambulatorial especializada intra-hospitalar, mas que requerem acompanhamento em outros níveis de atenção do sistema, encaminhando, de maneira singularizada, cada caso para o serviço de referência do paciente.

A principal diferença entre o que tem sido feito no "Projeto Alta Referenciada" e na tradicional "Contra-referência" está no modo como é trabalhada a relação entre os serviços e os sujeitos que compõe a rede de atenção. Enquanto na "Contra-referência" se estabelece uma meramente cartorial entre os sujeitos que atuam na atenção em rede, despreocupada com o seguimento da atenção ao paciente, na alta referenciada busca-se construir uma relação intersubjetiva de "passar o caso" visando produzir uma relação de segurança, tanto para quem está encaminhando, que o paciente será adequadamente acompanhando por outro serviço, como por quem está recebendo, que em caso de dúvida, terá o serviço de especialidade que conhece o caso como retaguarda.

O projeto foi implantado no início do ano 2008 numa primeira fase experimental. Em seguida ampliado para as diversas especialidades clínicas do HC-Unicamp. Após ter demonstrado ótimos resultados, com mínimo número de pacientes retornando ao hospital para re-incorporação ao sistema, atualmente, pretende-se ampliá-lo para outras especialidades, e também em escala, sem prejuízo do modo singularizado, como se tem trabalhado a abordagem de cada paciente na relação com a rede.

JUSTIFICATIVA

O HC-Unicamp é um hospital escola vinculado a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, que recebe alunos da graduação, residência e pós-graduação. Além disso, é referência em alta complexidade em diversas especialidades para uma população de mais de seis milhões de pessoas dos municípios que compõe o Departamento Regional de Saúde VII (DRS-VII) e partes das DRS X e XIV da Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP)¹¹. Por essa razão, apresenta papel fundamental na organização da atenção loco-regional. Por ser referência referência nacional em determinados serviços de especialidade recebe ainda pacientes de outras regiões do Estado de São Paulo, assim como de outros estados.

Uma das principais formas de acesso ao hospital se dá através dos ambulatórios de especialidade. Atualmente existem 37 especialidades e mais de 580 tipos diferentes de ambulatórios médicos e não-médicos, que produziram no ano de 2008 em média de 20000 consultas por mês, sendo em torno de 10% os casos novos. Das vagas de casos novos, 70% estão sob regulação da DRS VII. A gestão de cada ambulatório é realizada por um chefe que é ligado a um departamento da FCM. A coordenação do conjunto dos ambulatórios é realizada pela equipe do DAMPE, formada por uma médica, uma enfermeira e uma administradora¹².

Apesar da importante produção ambulatorial, uma das principais queixas dos municípios referenciados pelo HC-Unicamp é o pequeno número de vagas para casos novos ofertados pelo hospital. Um dos principais motivos para a atual situação encontra-se no fato de que historicamente a porcentagem de altas dadas aos pacientes nos diversos ambulatórios é muito baixa. Ao buscar os motivos para o baixo índice de altas ambulatoriais, verificou-se a princípio três fatores: a complexidade das patologias, que se caracterizam muitas vezes como doenças crônico-degenerativas e que exigem seguimento continuado; desconhecimento pelos profissionais do hospital das ofertas presentes na rede pública, principalmente na atenção primária e secundária para onde se poderia encaminhar os pacientes estáveis ou com menor complexidade, e por fim a própria dificuldade da rede em absorver pacientes provenientes do HC-Unicamp.

A não realização de altas ambulatoriais, aliada a grande demanda para encaminhamento para várias especialidades vem produzindo um ambiente de grande pressão sobre os ambulatórios. Para intervir sobre essa situação, foi definida como prioridade no Plano de Metas Institucionais

para gestores da área de clínica médica no ano de 2007, a qualificação do sistema de referência e contra-referência, sendo elaborado um cronograma de ações que deu origem ao "Projeto de Alta Referenciada", implantado a partir do início de 2008.13.

MÉTODOS

O "Projeto Alta Referenciada" vem sendo construído coletivamente por uma equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e administrativos, vinculados ao DAMPE, à chefia Atenção Médica de Clínica Médica, ao departamento de Enfermagem e ao Serviço Social, contando com o apoio de assessores da superintendência do HC-Unicamp. Para a realização do projeto tem-se utilizado de arranjos e dispositivos propostos pelo Método da Roda/Paidéia, desenvolvido por Campos (2000)10.

O método da Roda propõe a organização de espaços coletivos formados pelos sujeitos envolvidos com uma intervenção sobre determinado tema ou problema, com a presença de um apoiador institucional ao grupo. Nesse trabalho considera-se a equipe envolvida com o projeto como o coletivo organizado, o tema a alta ambulatorial referenciada, e a assessoria da superintendência como apoiador institucional.

O método propõe ainda a construção de um diagnóstico de situação compartilhado e a construção de ações coletivas de intervenção sobre a realidade. Para tanto, durante o presente trabalho a equipe vem organizando ações no sentido de compreender a situação e o contexto referente às condições de consulta ambulatorial dos pacientes do HC-Unicamp e as formas de buscar a participação das equipes dos serviços de especialidades no projeto, assim como as condições dos serviços da rede para receber aos pacientes referenciados após a alta. Dentre essas ações, tem-se realizado reuniões com as equipes dos diversos serviços de especialidades do hospital, assim como com representantes dos municípios da região DRS-VII.

Para a construção de ações coletivas tem-se trabalhado com a definição de tarefas para o coletivo envolvido com o projeto, sendo definido um coordenador de cada tarefa. Dentre as tarefas destacam-se a construção de um fluxograma orientador do processo de alta e um sistema de registro das informações necessárias para passar o caso para os serviços da rede.

No fluxograma da alta referenciada ficaram definidos os papéis dos diferentes profissionais envolvidos com a assistência. Após a definição das condições de alta ambulatorial pela equipe responsável, na qual é realizada abordagem singularizada das condições de vulnerabilidade do caso, mediante análise de fatores biológicos, subjetivos e sociais, o paciente é encaminhado ao serviço social do hospital com o registro das informações necessárias à continuidade do cuidado. O serviço social, por sua vez, entra em contato com o município de origem do paciente para passar o caso para a equipe que será responsável pelo seu seguimento. O paciente ainda é orientado a retornar ao serviço social do HC-Unicamp em caso de não conseguir o acompanhamento necessário na rede.

Para o registro das informações necessárias a passagem do caso a equipe de trabalho organizou um material impresso a ser preenchido no processo de alta que descreve o resumo de alta, a história clínica e as orientações terapêuticas para seguimento na rede. Além disso, fica definido qual é o profissional e o serviço de referência para contato em caso de dúvidas do profissional da rede que receberá o caso.

Destaca-se ainda que os registros das informações sobre o projeto vêm sendo feitos pela equipe do serviço social do HC-Unicamp, o que tem possibilitado realizar análises periódicas da evolução do projeto. É com base nesses dados que se apresentam os seguintes resultados.

RESULTADOS

Os resultados abaixo compreendem o período entre janeiro de 2008 e janeiro de 2009. Nesse período foram registradas ao todo 434 altas

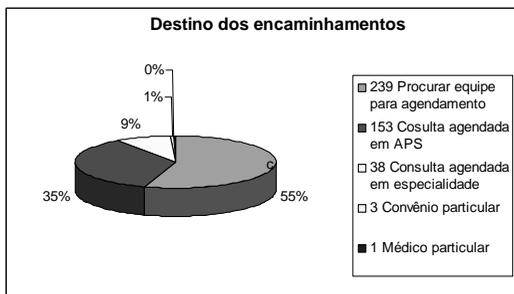
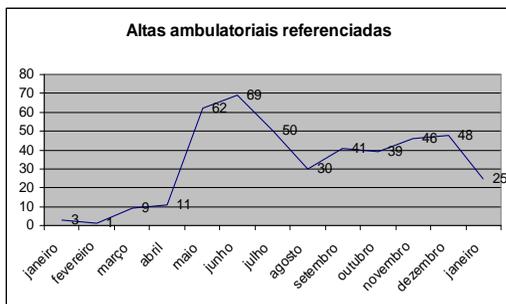
referenciadas para a rede. Destaca-se que o presente número não corresponde ao total de altas ambulatoriais do hospital, mas apenas aquelas que foram referenciadas conforme proposto pelo projeto.

Em relação ao número de altas referenciadas realizadas por mês, pode-se observar no gráfico 01 um pequeno número nos meses entre janeiro a abril de 2008, coincidente com a fase piloto do projeto. Entre maio e julho ocorre um aumento expressivo no número de altas, período de divulgação do projeto para as diversas especialidades. Nos meses subsequentes ocorre uma ligeira queda, com nova elevação a partir de outubro, mantendo-se o mesmo nível até o final do ano.

Gráfico 01. Fonte: SERVIÇO SOCIAL/HC – UNICAMP

Com relação ao destino dos casos referenciados, pode-se verificar no gráfico 02 que a maioria, 55%, foi orientada a agendar consulta por conta própria, após o contato telefônico da equipe do serviço social do HC-Unicamp com a cidade de origem. Entretanto, uma porcentagem bastante expressiva, 46%, saiu já com consulta agendada, sendo 35% em serviços da rede de Atenção Primária em Saúde (APS) e 9% em serviços de especialidade. E, em 1% dos casos, os pacientes foram referenciados ao convênio e médico particular.

Gráfico 02



Dentre as especialidades que participaram do “Projeto Alta Referenciada”, destacam-se as especialidades ligadas ao departamento de Clínica Médica por terem sido os ambulatórios de escolha para se iniciar o projeto. Entretanto, mesmo em pequeno número, verifica-se no quadro 01 a presença de outros ambulatórios de especialidades ligadas a outros departamentos.

A procedência dos pacientes referenciados, por sua vez, é condizente com o perfil esperado de procedência da população atendida pelo HC-Unicamp. Pode-se observar no gráfico 03 que a maioria dos casos, mais de dois terços, é da região de abrangência da DRS VII. Entretanto, uma razoável porcentagem de pacientes é proveniente de municípios que não estão na área de abrangência da DRS VII, sendo 24% de outras cidades do estado de São Paulo e 7% de outros estados.

Já o gráfico 04 demonstra a procedência dos pacientes da abrangência da DRS VII, sendo quase a totalidade proveniente das cidades que compõem a micro-região da DRS VII de Campinas, 50%, e a região Oeste, 41%. Em menor porcentagem observam-se municípios da região de Bragança Paulista, 6%, e 3% da região de Jundiaí.

ESPECIALIDADES	TOTAL
DERMATOLOGIA	156
PNEUMOLOGIA	72
GASTRO CLÍNICA	57
CARDIOLOGIA	28
REUMATOLOGIA	24
ENDOCRINOLOGIA	21
GRUPO DE DOENÇA DE CHAGAS (GEDOCH)	19
CLÍNICA MÉDICA GERAL	18
NEUROLOGIA	14
IMUNOLOGIA	06
MOLÉTIAS INFECCIOSAS	05
NEFROLOGIA	04
GERIATRIA	04
ODONTOLOGIA	03
CARDIO PEDIATRIA	01
GASTRO CIRURGIA	01
MEDICINA DO TRABALHO	01
TOTAL	434

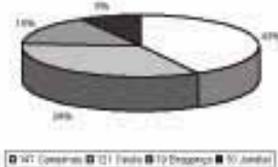


Gráfico 03

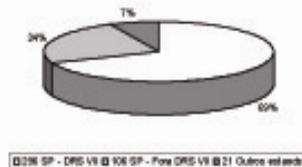


Gráfico 04

Destaca-se ainda que o serviço social do HC-Unicamp registrou durante a vigência do projeto apenas dois casos que retornaram, dos 434 que receberam alta referenciada, por não terem conseguido acompanhamento na rede.

CONCLUSÕES

O presente trabalho apresenta resultados ainda modestos em escala para um hospital do porte do HC-Unicamp, sendo esperado um número de paciente muito maior do que os 434 registrados entre janeiro de 2008 e janeiro de 2009. Para isso, está prevista para o ano de 2009 a ampliação do projeto, com envolvimento de maior número de serviços de especialidade, e apoio da superintendência através da contratação de um profissional indicado pela especialidade para analisar a possibilidade de alta de pacientes em acompanhamento por longo período de tempo junto ao hospital. Entretanto, mesmo com a pequena quantidade de altas, pode-se considerar um sucesso o pequeno número de retornos registrados de pacientes referenciados: apenas dois em 434. Esse fato nos permite fazer algumas inferências, ainda que preliminares e demandando maiores estudos.

Pode-se inferir que um elemento fundamental para o sucesso do “Projeto Alta Referenciada”, além obviamente da necessidade de uma rede de serviços estruturada capaz de receber os pacientes referenciados, encontra-se na esfera da micro-política do trabalho em saúde¹⁴. Mais especificamente nas tecnologias leves inerentes as relações intersubjetivas entre os diferentes profissionais envolvidos com a assistência direta ao paciente na rede de serviços. Reconhece-se que o fato de “passar o caso”, entrando em contato direto com o serviço ou com o profissional para onde o paciente foi referenciado, com resumo de alta, orientação terapêutica e a referência de retaguarda são elementos importantes para dar segurança no recebimento de pacientes supostamente complexos por terem sido atendidos no HC-Unicamp, mas também para quem os estão encaminhando.

Por outro lado, pode-se inferir que realizar um projeto numa área tão grande e complexa como os ambulatórios do HC-Unicamp, marcado pela hiper-fragmentação dos poderes e dos processos de trabalho, só foi possível mediante a organização de um trabalho coletivo, com participação dos diferentes profissionais envolvidos com esse processo de trabalho. Para isso, os arranjos e dispositivos propostos pelo método da Roda foram fundamentais para viabilizar a ampliação da capacidade de análise e intervenção dos coletivos sobre a realidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe Dawson sobre el Futuro de los Servicios Médicos e Afines. Organización Panamericana de La Salud. Publicación científica no. 93, 1964.
2. Lei 8.080-1990 in http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.html
3. PORTARIA Nº 399, Ministério da Saúde, Governo Federal. Brasil, 2006.
4. Rollo, AA. "Ministério da Saúde e as Redes de Atenção" in http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/bxt_152916944.pdf
5. CAMPOS, GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 1999, v. 15, n. 1, pp. 187-194.
6. Medici, AN. Rev Ass Med Brasil 2001; 47(2): 149-56
7. Vasconcelos, CM. Notas sobre a Crise dos Hospitais Universitários no Brasil in <http://www.denem.org.br/2005/arquivos/ok-1121496462023.doc>
8. Campos. GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. 1998, v. 14, n. 4, pp. 863-870.
9. Campos, GWS e Amaral, MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. In Ciênc. Saúde coletiva vol.12 n.4 Rio de Janeiro July/Aug, 2007
10. Campos, GWS. Um Método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.
11. Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo in http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp.
12. Lorena, SLS; Jorge MA, Santos, MR. Apresentação DAMPE - Reunião do Comitê Estratégico HC-Unicamp, 2008.
13. Plano de Metas Institucionais. HC-Unicamp, 2007
14. Merhy, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

T00108 - INDICADORES GERENCIAIS PARA PATOLOGIA CLÍNICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SMS-RJ)

Autor: MARIA ANGELICA BORGES DOS SANTOS; Co-autores: ROSELEE POZZAN; RICARDO MONTES DE MORAES; TEREZA CRISTINA MOTTA CARNEIRO

Resumo

São descritos o processo de implantação e os resultados de indicadores gerenciais para a rede de laboratórios de patologia clínica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), no período de 2005 a 2008. São abordados desde indicadores do tipo "evento sentinela" para corrigir distorções gerenciais grosseiras, como preço anormal de insumos e desabastecimento, até a introdução de indicadores econômicos voltados para o acompanhamento sistemático de custos, das variações de preços, do volume, produção e padrões de solicitação de exames laboratoriais pelas unidades assistenciais da SMS-RJ.

Introdução

Os programas externos de controle de qualidade de laboratórios de patologia clínica vêm, nos últimos tempos, sendo utilizados como os únicos ou mais importantes indicadores de monitoramento e certificação de desempenho destes laboratórios. No entanto, eles avaliam apenas os processos analíticos laboratoriais. A mesma atenção não tem sido dispensada a indicadores de qualidade para as fases pré e pós-analíticas (Shahangian & Snyder, 2009) e tampouco a indicadores gerenciais (García Salas et al 2008), que acompanham o desempenho dos laboratórios como serviços. Este panorama traduz uma baixa cultura de avaliação gerencial do segmento, tanto no setor público quanto privado.

Sinteticamente um sistema ampliado de indicadores de desempenho na área de análises clínicas compreenderia indicadores de qualidade para todas as fases da "cadeia produtiva" dos testes laboratoriais - da solicitação ao laudo - (Shahangian & Snyder, 2009) e indicadores gerenciais (García Salas et al. 2008).

Os indicadores gerenciais (García Salas et al 2008) sistematizam informação sobre aspectos físicos e econômico-financeiros da produção dos testes laboratoriais que são potencialmente úteis para promover ajustes e acompanhar o desempenho dos laboratórios. Podem ser divididos em:

(a) indicadores de produção, compreendendo tipo e quantidade de teste segundo o modo (automação ou manual) e local de realização (hospitalar, ambulatorial e laboratório de referência) e características da clientela testada. Caballe Martín (2004) recomenda o ajuste dos indicadores de produção de testes para o mix de testes e por Diagnosis Related Groups (DRG). Neste trabalho, foram utilizados indicadores de volume, que visam dimensionar variações do tipo e da quantidade de testes componentes do mix de forma sintética (participação de cada tipo de teste no conjunto da produção).

(b) indicadores de custo-efetividade (Valenstein et al 2003; France & Francis, 2003) que estabelecem relações entre custos e a produção. A "despesa gerenciável" compreenderia as despesas com pessoal, considerando horas contratadas e efetivamente trabalhadas, despesas com insumos e com laboratórios de referência.

(c) indicadores de utilização, que relacionam a quantidade de testes realizadas ao número de altas e de consultas, avaliando tendências nos padrões de solicitação dos testes.

Este trabalho descreve a progressiva implantação de indicadores gerenciais nos serviços de patologia clínica da SMS-RJ, desde os indicadores simples do tipo “eventos sentinelas”, que visam corrigir e monitorar distorções gerenciais mais graves, até uma série de indicadores econômicos de acompanhamento sistemático da produção, dos custos, da produtividade dos laboratórios e dos padrões de uso de exames laboratoriais pelas unidades assistenciais da SMS-RJ.

A rede de laboratórios de patologia clínica da SMS-RJ compreende 33 laboratórios (21 hospitalares e 12 ambulatoriais) e 90 postos de coleta, conformando a maior rede pública própria de análises clínicas do país, com mais de 10 milhões de exames realizados em 2007. Em termos de produção de exames, é a segunda maior produtora municipal, perdendo apenas para o município de São Paulo que, recentemente, terceirizou o processamento de testes de análises clínicas para o setor privado.

Apesar de o porte da rede da SMS – RJ equivaler ao de algumas grandes redes de análises clínicas privadas do país, historicamente, além da reposição de pessoal, poucos investimentos físicos foram realizados nesse segmento, em função de sua propalada ineficiência e resistência a medidas de racionalização.

Ao final da década de 1990, a rede de laboratórios apresentava problemas históricos, comuns a boa parte dos laboratórios públicos brasileiros. Um levantamento realizado no ano 2000 indicava que a SMS-RJ comprava mal os insumos laboratoriais, pagando preços às vezes até o dobro do preço do teste pronto em laboratórios privados de apoio. Além disso, em 1999 haviam sido elaborados 170 processos de compra de insumos de laboratório, sendo apenas um na modalidade concorrência pública, que permite maiores economias de escala. Não havia banco de dados com os preços praticados na compra anterior e nem uma relação favorável entre a escala de compra e preço do insumo.

O abastecimento era inteiramente controlado por uma instância central, que estipulava cotas de testes para cada unidade. Com isso, alguns testes entregues nos laboratórios eram desnecessários, enquanto outros eram insuficientes, gerando uma logística de abastecimento ineficiente com longos períodos de desabastecimento. As queixas falta de pessoal eram recorrentes e não havia parâmetros para avaliar estas queixas. Os médicos assistentes e pacientes referiam dificuldades para realizar exames e longos tempos para realização de resultados. Como estratégia paliativa, foi realizado um convênio com um prestador filantrópico de retaguarda para a execução de testes em períodos de desabastecimento.

Como a escala de produção de testes na patologia clínica é fundamental e, desde o ano 2000 a produção de testes laboratoriais informada ao SIA-SUS ultrapassava 6 milhões de testes, havia motivos para supor que o investimento em gestão e, posteriormente, infra-estrutura nessa área na SMS pudessem gerar eficiência.

A partir de 2005, a gerência de patologia clínica da SMS-RJ configurou-se como uma Gerência técnica situada no âmbito da Coordenação de Tecnologia em Saúde, com a proposta de deixar de ter como foco central apenas o controle do abastecimento (compras, programação do abastecimento, licitações, especificações) e passar em conjunto com Câmara Técnica, composta pelas chefias dos laboratórios, a desempenhar uma atuação gerencial mais ampla. Nesse sentido, ficaria configurada como uma gerência de operações, promovendo a interface entre as instâncias responsáveis pela gestão de recursos (Financeiros, RH e Materiais) e as áreas assistenciais apresentando propostas de intervenção sobre a arquitetura e infra-estrutura da rede de laboratórios que pudessem contribuir para melhorar substancialmente seu desempenho.

Justificativa

Este trabalho justifica-se pela não utilização de indicadores gerenciais padronizados para a área da patologia clínica, em que pese a disponibilidade deles na literatura (Salas García et al, 2008) e pela tendência à terceirização do segmento patologia clínica como resposta a uma alegada ineficiência do setor público desacompanhada de ações que avaliem e corrijam este quadro.

Ações gerenciais em qualquer âmbito podem ser monitoradas por indicadores que avaliem o impacto das mesmas, configurando uma avaliação de serviço. Neste caso, trata-se de indicadores relativamente simples, que contribuem para ajustar as ações gerenciais nos segmentos de compras, otimização da capacidade instalada (racionalização do porte dos equipamentos comodatos segundo produção da Unidade) e monitoramento do abastecimento e para acompanhar a evolução do desempenho dos laboratórios no que tange a sua produção, custo-efetividade e utilização.

Metodologia

Este estudo consiste em uma avaliação de serviço em que foram implantadas as seguintes ações gerenciais no âmbito da prestação de testes de patologia clínica na SMS_RJ no período de 2005 a 2008:

- a) Padronização de insumos e equipamentos, com centralização da compra em sistema de registro de preços. O registro de preços, organizado segundo as grandes especialidades laboratoriais (hematologia, bioquímica, microbiologia, imunologia, hormônios, marcadores tumorais, urina, gasometria e outros) tipo e porte do equipamento comodato, garantia uma escala para a aquisição de insumos que melhorava os preços de compra. O porte dos equipamentos comodatos foi ajustado ao volume de produção de cada unidade e ao perfil de exames das mesmas
- b) Descentralização do controle do abastecimento mediante o empenhamento descentralizado. De 2006-2008, foram implementadas ações de descentralização orçamentária na SMS-RJ, onde o empenhamento das aquisições de insumos dos laboratórios de patologia clínica passou a ser coordenado diretamente pelos 21 hospitais e 10 coordenações de área que compõe a rede da Secretaria Municipal de Saúde.
- c) Desconcentração da coleta e concentração do processamento.
- d) Implantação de programa de controle externo de qualidade.

Dois grupos de indicadores, de primeira e segunda fase, foram construídos a partir de informações disponíveis em sistemas oficiais ou especificamente coletadas para acompanhamento do setor.

Indicadores da primeira fase:

- (a) Indicador de preços anormais. Trata-se de um “evento sentinela” que visava acompanhar e atuar sobre grandes distorções na área de compras e abastecimento. O preço unitário de cada tipo de teste na aquisição imediatamente anterior (informações coletadas nos processos licitatórios da SMS) era comparado com os valores da tabela SUS e de laboratórios privados de referência para o teste pronto. Valores acima de 70% dos valores

de referência eram considerados anormais e avaliados caso a caso. A partir destes dados como valores de referência foi elaborado um “banco de preços” usado para avaliar cada novo preço proposto pelos licitantes.

(b) Indicador de despesa com prestador de retaguarda - Valor mensal pago ao prestador de retaguarda da SMS-RJ, para o qual eram encaminhados os exames em situações de falta de kits. Informa indiretamente sobre a efetividade da logística de abastecimento, sendo um proxy do “desabastecimento” da rede. Coletada na página da SES do Rio de Janeiro, a partir Tabwin da tabela de “valor pago” ao prestador (APAE).

(c) Indicadores de mix (participação das especialidades na curva ABC) – Colhida a partir da consolidação de informações dos processos licitatórios para o ano de referência.

(d) Indicador de produção – Quantidade de testes laboratoriais realizados na SMS nos anos de 2004/5-2006- 2007, baseada em informações mensais sobre produção total por tipo de exame e especialidade, fornecida pelos laboratórios da rede da SMS-RJ. A produção ambulatorial foi coletada através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do DATASUS.

(e) Indicador de despesas com pessoal – Remuneração e encargos com recursos humanos lotados nos laboratórios baseado em dados fornecidos pelos Censos realizados pela Coordenação de Tecnologia em Saúde (CTEC) nos anos de 2004 e 2007. Para 2005, considerou-se o total de 2004 expurgado dos funcionários lotados nos hospitais que retornaram à gestão federal.

(f) Indicador de despesas com insumos - Valores liquidados para o código 33903022 - Materiais e produtos biológicos e laboratoriais, que inclui contratos de cessão de equipamento por comodato, coletados a partir de informações do sistema de acompanhamento de gastos da Prefeitura (FINCOM).

Indicadores de segunda fase (indicadores compostos):

(g) Indicador de custo total do segmento de patologia clínica na SMS – Conjuga três indicadores, o de desabastecimento (ou de prestador de retaguarda) e os de despesas com pessoal e com insumos.

(h) Indicador de custo direto – soma dos indicadores de custo de pessoal com o de custo de insumo.

(i) Indicador de volume – idealizado a partir de metodologia utilizada para medir o crescimento real da economia. A medição do volume de produção exclui crescimentos derivados de aumentos de preços dos inputs (insumo e pessoal) e fornece uma medida agregada de quantidade e qualidade da produção. Considerando-se, de forma simplificada, que a “qualidade” (importância) do exame é espelhada por sua participação percentual nos gastos com insumos (posição na curva ABC), as medidas de volume permitem acompanhar mudanças na quantidade de testes produzida, ajustadas para variações decorrentes de alterações no mix de testes ofertados.

(j) Custo unitário do teste em reais corresponde aos custos diretos da patologia clínica dividido pelo total de testes nos sucessivos anos analisados.

(k) Teste por funcionário/ ano é um indicador nominal de produtividade pessoal. É obtido dividindo-se o total de testes dividido pela quantidade de pessoal lotado na rede de laboratórios.

(l) Indicador de relação consulta-exame. É um indicador de utilização de testes obtido pela divisão do total anual apresentado para procedimentos do grupo 11 (Patologia Clínica) pelo total apresentado de procedimentos do Grupo 2 (Ações Médicas Básicas) somado a procedimentos selecionados de consulta (0701202 a 0703101) do Grupo 7 (Procedimentos Especializados de Prof. Médicos e outros Prof. de nível superior e médio) do SIA/SUS.

Índices de desempenho econômico

Varição nominal de custo (valor) (A) - corresponde à variação percentual anual dos custos totais de produção em relação ao ano imediatamente anterior.

Varição nominal da produção (B) – é a variação percentual anual na quantidade total de testes produzida em relação ao ano anterior.

Varição anual de volume ano ou variação real (C) - resume variações anuais das mudanças de quantidade e especialidades dos testes produzidos. A variação de volume mede crescimento real da produção, depois de descontadas as variações de preço.

Varição de preços (D) – Variação do custo anual total do setor ponderada pelas variações anuais de volume comparadas com o ano anterior. Por captar variações anuais nas quantidades e no mix de testes, reflete de forma mais exata as variações de preço do que as variações do custo unitário de teste.

Os dados referentes para o ano de 2005 destes indicadores correspondem a média de 2004 e 2005, em função da saída, em março de 2005, dos hospitais federais da gestão municipalizada, que resultou em redução do pessoal no segmento e uso em 2005 de insumos estocados em 2004.

Resultados

Embora tenha havido um aumento nominal acumulado de 11% no custo total do setor de patologia (tabela 1), este aumento foi concomitante a um substancial aumento na quantidade de testes adquirida (tabela 3), que se espelhou no aumento da produção de testes. Isso se traduziu em um aumento na variação real (volume) e uma queda (-24%) na variação acumulada de preços. Portanto, as estratégias de racionalização da aquisição de insumos tem se mostrado efetivas.

A redução substancial do valor pago ao prestador de retaguarda (Tabela 1) sugere que as estratégias para reduzir o desabastecimento (compra centralizada para permitir ganhos de escala e empenho descentralizado, para aumentar autonomia local para controlar o abastecimento) tenham tido sucesso.

O indicador de preços anormais serviu, em um primeiro momento, identificar testes com “preços anormais”, nos quais o preço do kit ultrapassava o preço do exame pronto (evento sentinela), “educar” os fornecedores quanto à disposição da SMS-RJ para pagar o preço proposto e, posteriormente, promover ajustes mais finos na forma de aquisição de cada teste com prioridade para segmentos com “preços anormais”. Com o tempo, as distorções foram diminuindo e ações sobre testes com preços anormais geraram reduções paulatinas dos gastos com insumos, notadamente em algumas especialidades, como a gasometria (Tabelas 2,3 e 4).

Tabela 1: Patologia Clínica SMS-RJ- Indicadores de Custo em valores correntes em mil reais - 2005- 8.

	2005	2006	2007	2008
Despesas com pessoal (1)	22.609	23.348	25.245	27.200
Despesas com insumos (2)	23.059	27.209	27.160	28.650
Custo direto (3)	45.668	50.557	52.405	55.850
Prestador retaguarda (4)	4.518	955	1.158	1.130
Custo total (5)	50.186	51.512	53.563	56.980
Varição nominal do custo (valor) (A)	-	2,6%	4,0%	3,6%

Tabela 2: Patologia clínica SMS-RJ - Participação (%) das especialidades nas despesas com insumos

	2005	2006	2007	2008
Hematologia	1.285.613	1.685.134	1.939.157	2.494.361
Bioquímica	4.195.921	5.253.137	5.926.389	6.505.421
Microbiologia	132.821	131.887	143.651	174.545
Imunologia	835.153	1.137.377	934.974	1.072.829
Hormônios	167.041	298.767	259.039	309.551
Marcadores tumorais	58.200	82.651	76.451	97.921
Urina	395.776	468.062	491.468	486.744
Gasometria	49.932	76.497	67.932	73.524
Outros	235.639	233.460	256.481	282.814
Total testes (6)	7.356.096	9.366.972	10.095.542	11.497.710

Tabela 3: Indicador de Produção - Quantidade (número absoluto) de Testes de Patologia Clínica por especialidade no período 2005 a 2008 na SMS- RJ

	2005	2006	2007-8
Hematologia	14	13,5	12,5
Bioquímica	12	16	14
Microbiologia	13	11	14
Imunologia	36	39,5	36,5
Hormônios	5	6,5	4,5
Marcadores tumorais	2	1,5	1,5
Urina	1	1	0,5
Gasometria	7	2,5	1,5
Outros	10	8,5	15

Especialidade	2006	2007	2008
hematologia	4	2	4
Bioquímica	3	2	1
microbiologia	0	1	3
Imunologia	13	-7	5
Hormônios	4	-1	1
marcadores tumorais	1	0	0
urina	0	0	0
Gasometria	4	0	0
Outros	0	1	2
Varição anual de volume (C)	29	-2	16

Os maiores aumentos acumulados na quantidade de exames ocorreram nas especialidades de hematologia e hormônios (tabela 4). A primeira pode estar refletindo o aumento de demanda gerado pelas sucessivas epidemias de dengue no período.

Tabela 4: Varição (%) nominal da produção de testes segundo a especialidade de testes de patologia clínica na SMS -R, para o período 2005 a 2008.

Especialidade	2006	2007	2008	Acumulado
hematologia	31	15	29	94
Bioquímica	25	13	10	55
microbiologia	-1	9	22	31
Imunologia	36	-18	15	28
Hormônios	79	-13	19	85
marcadores tumorais	42	-8	28	68
urina	18	5	-1	23
Gasometria	53	-11	8	47
Outros	-1	10	10	20
Varição nominal da produção (B)	27	8	14	56

Tabela 5: Patologia clínica SMS-RJ- Varição (%) anual de volume (Laspeyres) -2006-8

A variação nominal acumulada de 56% na produção de testes e a variação acumulada concomitante no volume de 46% (Tabela 6) indicam que houve um aumento substancial na quantidade de testes realizada, com uma pequena perda de qualidade do mix ofertado.

	2006	2007	2008	Acumulado
Varição nominal de valor (A)	2,6%	4,0%	3,6%	10,6%
Varição nominal da produção (B)	27,3%	7,8%	14,0%	56,0%
Varição anual de volume (C)	28,9%	-2,3%	16,3%	46,4%
Varição de preços (D)	-20,4%	6,5%	-10,9%	-24,5%

Tabela 6: Variação Percentual Anual de Indicadores de desempenho econômico para patologia Clínica no período 2006 a 2008, SMS - RJ

Houve um aumento de 70% na relação testes: funcionário/ano no período, que espelha um substancial aumento da produtividade (Tabela 7). Esse aumento provavelmente expressa uma substancial folga operacional anterior. O desabastecimento periódico e a aquisição de uma menor quantidade de insumos inferior à demanda provavelmente contribuíam para a ociosidade dos recursos humanos. Além disso, a compatibilização entre porte de equipamento e a quantidade e tipo de exames produzidos por cada unidade podem ter contribuído para esse aumento. A expectativa é que essa produtividade aumente ainda mais com a informatização da patologia (Workman ET AL, 2000; Boudreau ET AL, 2003), que reduz a carga de trabalho de cadastramento e transcrição de resultados, além de aumentar a segurança das informações do laudo, com ganhos evidentes de qualidade.

Parâmetros	2005	2006	2007	2008
Custo direto (3)	45.668	50.557	52.405	55.850
Total de testes - unidade (6)	7.356.096	9.366.972	10.095.542	11.497.710
Quantidade Pessoal (7)	1.088	983	935	998
Consultas SUS (8)	7.427.624	7.583.772	7.331.829	ND
Custo unitário teste (em reais) (E)	6,2	5,4	5,1	4,9
Testes: funcionário/ano (F)	6.761	9.529	10.797	11.521
Relação testes: consulta SUS (G)	0,93	1,05	1,15	ND

Tabela 7: Patologia clínica - Indicadores gerenciais complementares

O aumento na relação entre exames por consulta, de 0,93, em 2005, para 1,15, em 2007, e pode estar indicando o atendimento de demanda reprimida ou solicitação inadequada de testes pela área clínica, um outro componente a ser analisado como parâmetro da qualidade pré-analítica. Embora essa relação ainda esteja longe da relação observada para o setor privado (2,5 testes por consulta), indica que pode ser desejável já começar a planejar mecanismos de auditoria da demanda, com recurso a protocolos de solicitação de testes diagnósticos por tipo de doença.

Conclusão

Os indicadores gerenciais implantados permitiram acompanhar não só alterações das quantidades de testes produzidas, mas da produtividade e eficiência do setor, apontando caminhos para novas ações gerenciais e permitindo acompanhar e projetar os impactos de ações já implantadas.

Falta incorporar ainda indicadores de qualidade, seguindo recomendação de France & Francis (2005), para avançar em aspectos relacionados a qualidade de processos pré-analíticos e pós analíticos, como tempo de retorno de resultados, adequação das solicitações de testes e satisfação da clientela (Shahangian & Snyder, 2009).

Referências

- Caballe Martin I The need to allocate costs in the clinical laboratory *Química Clínica* 2004 23 (6): 423-428
- France, NC Francis GAJ Lawrence SR. The costs of New Zealand pathology Health Policy 2003 64: 131-141
- France, C & Francis GAJ. Cross-laboratory benchmarking in pathology: scientific management or the art of compromise. *Benchmarking: an international journal*. 2005 12(6): 523-538.
- Portugal B (1993) Benchmarking hospital financial and operational performance. *Hospital technology series*. 16(12): 1-21
- Salas Garcia A Villaplana Perez et al Benchmarking and clinical quality mangement indicators in three clinical laboratories *Accred Qual Assur* 2008 13: 123- 132
- Shahangian S & Snyder SR. Laboratory Medicine Quality Indicators. *Am J Clin Path* 2009 131: 418-431
- Valenstein PN Wang E O' Donohue T *Veteran Administration Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 2003 127(12): 1557-1564
- Workman RD Lewis MJ Hill BT Enhancing the financial performance of a health system laboratory network using an informanion system. *Am J Clin Path* 2000 (14):9-15

TO0110 - ASPECTOS TÉCNICOS E INSTITUCIONAIS DAS DIMENSÕES EFICIÊNCIA, QUALIDADE E ACESSO UNIVERSAL EM NOVOS MODELOS DE GESTÃO PARA A SAÚDE

Autor: GERMANY GONÇALVES VELOSO; Co-autor: ANA MARIA MALIK

Palavras-chave: eficiência, qualidade, acesso, gestão, resultados, consumidores, institucional, saúde

RESUMO

Novos Modelos de gestão para o Setor Saúde, elaborados por autores ligados à Administração têm envolvido dimensões que podem ser vistas como institucionais. O trabalho objetiva analisar dois desses Modelos sob a perspectiva da Teoria Institucional. Conclui-se que ambos relacionam as dimensões Eficiência, Qualidade e Acesso Universal. Apesar de reconhecidos aspectos institucionais, fato que também ocorre em outros setores, a crescente incorporação das dimensões Qualidade e Acesso Universal se dá em função de aspectos técnicos como, por exemplo, a busca por resultados, pela Eficiência e a demonstração da relação entre as dimensões, com vistas a alcançar melhor desempenho.

INTRODUÇÃO

No Brasil, como em muitos países, o Sistema de Saúde enfrenta grandes dificuldades. Nos EUA, por exemplo, o sistema está em crise e se deseja fazer reformas, como é amplamente divulgado pela equipe do recém-eleito presidente americano Barack Obama (THE WHITE HOUSE, 2009). As críticas mais frequentes em relação ao seu sistema de Saúde são que um grande número de pessoas não tem acesso a ele e que seus custos

crecem constantemente, sem conseqüente melhoria da Qualidade. As críticas, no Brasil, dizem respeito a problemas de acesso em várias localidades, falta de vagas, longas filas, deficiência de financiamento, de recursos e de programas de capacitação.

Há muito se debate sobre a dificuldade de aplicação dos Modelos de Administração no Setor de Saúde, além dos problemas de desempenho. A análise do Setor, em todo o mundo, tem sido feita habitualmente por estudiosos dedicados exclusivamente à área. Porém uma mudança está em curso: autores com grande legitimidade no meio acadêmico da Administração, principalmente norte-americanos, começam a propor modelos. Eles estão sendo gerados por pesquisadores habitualmente ligados a temas de Administração de Empresas e estão respaldando iniciativas de Qualidade e melhoria no Acesso (universalização), dimensões vistas habitualmente como institucionais, isto é, expressão de valores e princípios de diversos atores.

No final da primeira década do século XXI existem, com grande visibilidade, dois modelos de grande repercussão e que têm esse perfil. São eles o Value-Based Competition on Results e o Consumer-Driven Healthcare. O primeiro é defendido por Porter e Teisberg (2007), ambos ligados à Harvard Business School. O segundo Modelo é concebido por Herzlinger (2002, 2006), da mesma Escola e há muitos anos dedicada ao estudo do Setor e, principalmente, da Inovação em Saúde.

A vivência no Setor leva a perceber a presença marcante das demandas por Eficiência, Qualidade e Equidade de Acesso. Isto é evidente em decisões estratégicas e operacionais, em maior ou menor grau, em todas as organizações do campo. Em função disso, se buscou um referencial que pudesse gerar um entendimento mais amplo da sua presença nos trabalhos destes autores. Recentemente se tem observado grande estudo e utilização da Teoria Institucional para interpretar a atuação de forças sobre o Setor de Saúde, além dos fatores técnicos. Escolheu-se esse referencial para o trabalho, que visa à observação da presença e das relações entre aquelas três dimensões nos modelos estudados, analisando seus aspectos técnicos e institucionais.

Segue uma breve descrição, direcionada pelos objetivos do trabalho, dos Modelos de Porter e Teisberg e de Herzlinger, além de aspectos pertinentes da Perspectiva Institucional.

Para o Modelo de Porter e Teisberg (2007), a fim de melhorar o resultado do Setor, todos os participantes dos sistemas deveriam estar centrados em aumentar o valor para o cliente, medido com base em resultados alcançados por dólar gasto. No Modelo, descrito no livro em maiores detalhes, destacamos alguns elementos relevantes para esta análise: (1) o valor da competição: Porter e Teisberg defendem a competição como forma de melhorar o Setor. Eles não advogam qualquer forma de controle de oferta de serviços e enfatizam que a competição é o grande motor de melhoria. Apontam, porém que o conteúdo atual da competição está errado. Esse deveria ser direcionado para a competição pela Qualidade ao em vez da competição por custo. A competição em custos ou commoditização na Saúde levou paradoxalmente à perda de Eficiência, segundo eles. O foco na Qualidade traria a tão desejada Eficiência; (2) a Qualidade defendida por Porter e Teisberg deverá ser medida e disseminada em termos de seus resultados. Eles consideram desejável a Qualidade como conformidade dos processos, porém não é este o atributo que trará os benefícios almejados. A Qualidade deveria ser medida em função de seus resultados clínicos, que deveriam ser divulgados. A Qualidade do cuidado em determinadas especialidades (linha de cuidados) deveria ser a base da competição; (3) o critério de avaliação para o Setor deveria ser a Qualidade medida em resultado por dólar gasto; (4) a liderança dos médicos nos processos: os autores colocam claramente que o Setor deve ser liderado pelos médicos. Aqui o aspecto relevante é que o faz em detrimento de administradores, mas também transmite que deve haver uma ascendência do conhecimento médico sobre a os desejos dos consumidores em Saúde.

O Modelo de Consumer-Driven Healthcare (HERZLINGER, 2002, 2006) tem como foco colocar o poder sobre o controle de custos e dos cuidados diretamente nas mãos dos consumidores. Na visão da autora, qualquer setor em que os consumidores têm controle apresenta melhora de produtividade e de inovações. Ela apregoa que se deve: (1) dar o poder de compra e o incentivo aos empregados para eles comparem melhor. Dando maior controle do gasto do dinheiro diretamente aos usuários faz-se com que eles próprios paguem e escolham os melhores prestadores (apesar de se manter um seguro para eventos catastróficos, aleatórios e de alto custo); (2) apresentar ofertas reais de diferentes planos de saúde: permitir a oferta de diferentes categorias, formatos, tipos de benefícios de planos de saúde, o que levaria à competição, e conseqüente melhoria, nestes diferentes nichos; (3) não subsidiar o pagamento de planos de saúde e manter transparência de seus preços, pois o contrário leva à ineficiência (4) deixar os prestadores formarem os seus preços, o que permitirá focar em Qualidade e assistência integral (em vez de discreta), principalmente aos portadores de doenças crônicas, (5) ajustar o pagamento e manter a privacidade: ajustar os preços dos prêmios ao risco ao mesmo tempo em que, se preserva a privacidade (via um intermediário neutro) gera estímulo aos planos para criar programas inovadores de cuidados com os doentes e (6) gerar e disseminar informações válidas sobre a Qualidade e seus resultados das empresas atuantes. A autora defende a melhoria em algumas funções gerenciais: prover serviços de um modo que demonstre cuidado com os pacientes; definir papéis satisfatórios para os empregados que têm freqüentes contatos com os consumidores; medir custos e avaliar desempenho e, por último, saber quando centralizar ou descentralizar a administração.

A partir dos textos da Teoria Institucional, Lógica Institucional corresponde a um conjunto de práticas materiais e construções simbólicas que constituem os princípios organizacionais de um campo e que está disponível para os indivíduos e organizações elaborarem (FRIEDLAND; ALFOR, 1991 apud SCOTT et al., 2000). Lógicas institucionais incluem regras (por exemplo, que profissionais podem cuidar dos pacientes?) e crenças (deve o governo pagar pelo cuidado à saúde?), segundo Scott et al. (2000). Atores Institucionais são os indivíduos ou atores coletivos, como organizações ou associações, que atuam para criar, defender ou apoiar lógicas institucionais. Os fatores ou forças técnicas são as forças de mercado, que caracteristicamente recompensam a Eficiência (ALEXANDER; D' AUNNO, 2003) e os resultados corretos, em vez das estruturas e processos corretos, conforme fazem as forças institucionais (PFEFFER; SALANCIK, 2003; SHORTELL; KALUZNY, 2000, WHITE, 2003).

Por outro lado, Scott (2003) vê as forças de mercado como uma forma particular de lógica institucional. Nesta linha, descrevem três lógicas atuantes no Setor. A Lógica Profissional, em que os atores predominantes são os profissionais (médicos, enfermeiros e profissionais de saúde, porém os médicos como grupo de maior influência). Esta lógica está centrada na Qualidade do cuidado e em estruturas de organização de profissionais. A Lógica Governamental, em que os agentes governamentais são os atores predominantes. A Equidade de Acesso é o centro de seus argumentos. Na predominância dessas idéias floresceram as agências reguladoras. A Lógica Gerencial ou de Mercado, onde são os administradores os principais

atores, especialmente com formação em faculdades de administração de empresas. Neste contexto, predomina a Eficiência como princípio, bem como o crescimento das empresas, a terceirização da prestação da assistência e os planos de saúde.

JUSTIFICATIVA

O estudo se justifica por analisar o papel que fatores institucionais e técnicos desempenham no Setor de Saúde e de como, todas as atividades e organizações do Setor estão imersas nestes dois contextos. O trabalho mostra a tendência cada vez mais presente da abordagem técnica dessas dimensões que, sem dúvida, têm importante aspecto institucional. Elas são inevitavelmente o centro de qualquer discussão sobre desenhos futuros do Setor, tanto no que diz respeito a seus critérios de avaliação de desempenho como a relação que mantém entre si para o alcance de melhorias. O entendimento dessa característica tem impacto nas pesquisas, no treinamento, na aplicação de Modelos de Gestão e na atuação de administradores na área.

Secundariamente, acaba-se discutindo outra questão: o Setor Saúde é definido por vezes como demasiadamente “normativo”, prescrevendo como as coisas “deveriam” ser, em vez da descrição neutra de como as empresas funcionam e obtêm rentabilidade no ambiente microeconômico, algo atribuído (e considerado normal) às outras áreas da Administração. O trabalho também se justifica ao mostrar visões alternativas a essa interpretação.

MÉTODOS

O objetivo foi averiguar como os Modelos estão descritos nas dimensões das variáveis selecionadas da Teoria Institucional e em aspectos técnicos. A fim de estudar os dois Modelos em questão, sob a perspectiva da Teoria Institucional, a pesquisa se operacionalizou da forma que segue.

A operacionalização do trabalho se dá pela análise de se e como os Modelos descrevem a presença e a importância de cada uma destas variáveis, as suas relações e outros fundamentos técnicos. Foram escolhidas para serem analisadas, nos textos dos trabalhos dos autores, as três dimensões representativas de cada lógica: Acesso Universal (Lógica Governamental), Qualidade (Lógica Profissional) e Eficiência (visão técnica, Lógica Gerencial ou de Mercado). Também, em relação aos aspectos técnicos, foram avaliados elementos ligados à competição e a importância dos resultados, em oposição à conformidade de processos e estruturas.

RESULTADOS

Os dois Modelos prometem reformas consistentes do Sistema de Saúde americano, considerado amplamente como em crise, mas também, segundo os autores, aplicável a qualquer sistema de saúde do mundo, privado ou público.

Os dois Modelos têm uma visão gerencial (sob a perspectiva da Teoria descrita por Scott e colaboradores) ou técnica, com preocupação em torno da Eficiência, mas também com a Qualidade. Os dois Modelos defendem a melhoria da Qualidade. Porter e Teisberg, de forma central em seu Modelo, lançam seu critério de avaliação do sistema que incorpora a Qualidade juntamente com o gasto (Valor medido em resultado por dólar gasto), derivando para a Qualidade/Eficiência como indicador de desempenho, abandonando desta forma a possibilidade de uma avaliação unidimensional do Setor. Os dois Modelos insistem que a Qualidade deve ser medida, avaliada e disseminada pelos seus resultados clínicos, além de outros indicadores. Nos dois Modelos, a mensuração da melhoria da condição do paciente é a informação relevante e não somente se uma entidade sob análise se ateuve aos processos (apesar de sua importância). Ambos os Modelos se engajam na discussão de como universalizar o Acesso e melhorar a assistência aos mais pobres.

Sobre a relação entre essas dimensões, ambos advogam que a melhoria da Qualidade levará a ganhos em termos de Eficiência. Ou seja, a prescrição, a partir de seus estudos, é clara: melhoria na Qualidade, nos moldes dos respectivos Modelos, leva a ganhos de Eficiência.

Em relação à universalização do Acesso, os dois Modelos colocam que seria benéfico. Tem-se o seguinte: o Modelo de Consumer-Driven Healthcare defende que a Cobertura Universal será extremamente benéfica, com impactos positivos sobre a Eficiência e a Qualidade, pois aumentará drasticamente o mercado, o que forçaria mais inovações, segundo a autora.

Em relação ao Modelo de Value-Based Competition on Results, a Cobertura Universal é tratada em capítulo dedicado às ações governamentais, pois no contexto privado a iniciativa de mudança partirá do próprio mercado, como demonstra, através de exemplos, que já vem ocorrendo. Os autores advogam que a Cobertura Universal só será útil se associada à melhora da Qualidade do Setor, de outra forma só universalizaria o que existe de ruim, além de gerar mais ineficiência em alguns pontos da cadeia. Ou seja, a universalização deve ser feita após ou associada à melhoria da Qualidade, nos moldes defendidos pelo Modelo. Um sistema universal e focado na Qualidade melhoraria a assistência aos pobres e a Eficiência.

Os dois Modelos mostram que as bases erradas na forma de competir têm levado ao mau desempenho do Setor. Ou porque o tipo de competição atual está errado (conforme a perspectiva do Value-Based Competition on Results) ou porque o ator que deveria ter controle sobre as escolhas e os gastos na indústria de fato não tem (conforme a perspectiva do Consumer-Driven Healthcare). As perdas em termos de Eficiência têm ocorrido ou em função de uma concentração excessiva, e de forma errada, em custos. Em ambos os trabalhos, se mostra que existe uma grande assimetria de informação entre os pacientes e profissionais de saúde.

CONCLUSÕES

Conclui-se que os dois Modelos apresentados incorporam dimensões de outras lógicas e o fazem levando em conta predominantemente aspectos técnicos (ou seja, voltados para o mercado, para resultados e para a Eficiência), e em segundo plano institucionais (voltadas para princípios, valores, normas ou regras). Exatamente isso que se deseja ressaltar: os aspectos técnicos para a incorporação de outras dimensões (Qualidade do cuidado e Acesso Universal). Isso fica expresso, por exemplo, quando se descreve que a fixação exagerada em custos é contraproducente, qual o papel da Qualidade e da ampliação do Acesso na melhoria da Eficiência, além de qual o valor que a competição e do foco em resultados (da Qualidade) teriam nos ganhos de Eficiência.

Há dois aspectos paralelos nos Modelos. O aspecto institucional se faz presente principalmente quando se define a situação atual do Sistema de Saúde, caracterizado como “inaceitável” e se expõem problemas ligados à Qualidade e ao Acesso. Os aspectos técnicos se revelam em vários momentos: no diagnóstico do problema (a forma errada de competição); nas propostas de solução, sejam no seu tipo (o abandono da

commoditização, na visão de Porter e Teisberg), sejam no ator que deve predominar (na visão de Herzlinger). Ambos os Modelos enfatizam tanto a ausência (descrevendo as causas dos problemas), como a necessidade da mensuração, análise e disseminação de informações válidas sobre os resultados clínicos das empresas (na prescrição da solução). Este é um aspecto importante e descrito enfaticamente nos dois Modelos e que remete à assimetria de informação e problemas de agência que existem no Setor. Quanto à definição de critério de avaliação, este é um elemento com componentes técnicos e institucionais.

Há diferenças entre os Modelos, que talvez não sejam tão consideráveis. Para aqueles que usam as teorias como ferramentas para serem aplicadas de acordo com o contexto, o uso de ambas ou de parte de cada delas simultaneamente talvez seja o mais útil.

Por outro lado, os Modelos, apesar de não argumentarem em termos institucionais, têm grande congruência com os valores e princípios dos profissionais da área. Afinal, o Setor é altamente institucionalizado (ALEXANDER; D AUNNO, 2003; KUTTNER, 1998; SCOTT, 2003; SCOTT et. al., 2000). O reconhecimento desta realidade é importante uma vez que ela é o funcionamento habitual do Setor e não somente um fato interveniente. Como argumenta Kuttner (1998), ninguém de fato deseja que a assistência médica funcione como um mercado puro. As expectativas quanto à Saúde refletem opiniões amplamente compartilhadas, baseadas em valores extramercado: nenhum hospital deveria recusar pacientes em casos de emergência, a ninguém deveriam faltar cuidados médicos básicos devido a limitações de poder aquisitivo e todas as crianças deveriam ser vacinadas contra doenças evitáveis (KUTTNER, 1998). O ensino da administração em saúde pode agregar muito se incorporar esse entendimento: atuando no Setor, será necessário articular ações na presença destas lógicas.

A descrição que o Setor é muito institucionalizado é algo que já foi captado pelos estudiosos da Teoria Institucional, assim como são diversos outros setores da economia (ALEXANDER; D AUNNO, 2003; KUTTNER, 1998; SCOTT, 2003; SCOTT et. al., 2000). Todos os ambientes contêm ambos os elementos, mas a intensidade dessas forças varia amplamente ao longo dos setores (SCOTT; BACKMAN, 1990). A Saúde é somente um daqueles que é mais institucionalizado, junto com a área Ambiental e Educacional, como não poderia deixar de ser, dado o objeto delas. Além disso, muitos observadores têm notado a presença de conflitos da mesma ordem, principalmente envolvendo Eficiência e Qualidade em quase todos os setores, principalmente no setor de serviços.

Nesta linha de argumentação, todos os setores são, em maior ou menor grau, normativos (ou institucionalizados). Existem alguns que podem ser hegemonicamente controlados por uma única lógica, na visão de Scott (2003). No Setor Saúde têm-se várias e, em alguns momentos, em competição. Nenhuma das três dimensões pode caminhar sozinha, sob o risco de inclusive ser contraproducente. O Setor de Saúde se diferencia apenas porque nele os conflitos institucionais podem ficar mais evidentes.

Os Modelos em questão parecem ter conformidade com as lógicas existentes, o que parece ser o melhor caminho a trilhar, conciliando essas três lógicas, uma vez que elas atendem a três princípios importantes para a sociedade. O relevante é que estes Modelos têm apresentado fundamentos técnicos para o equilíbrio destas três dimensões e não por "razões de justiça ou compaixão", usando palavras de Porter e Teisberg (2007). A pergunta que se coloca é se de fato, na realidade do mercado, outras dimensões serão incorporadas aos Modelos de gestão de forma que o "bottom line" não fique restrito somente a Eficiência, mas incorpore atenção à Qualidade e melhorias na Qualidade (como, por exemplo, no indicador resultado alcançado por dólar gasto), algo que seria essencial na visão de Scott (2003).

Um dos aspectos técnicos mais relevantes nos Modelos é a ênfase na medição dos resultados corretos, os resultados clínicos, e a busca por eles, mesmo que deixando a conformidade de processos em segundo plano, aspecto que novamente corrobora o viés técnico dos Modelos.

Alguns autores vão além e enxergam que organizações de saúde estão experimentando uma rápida transformação de seus ambientes técnicos e institucionais (SHORTELL; KALUZNY, 2000; WHITE, 2003). Segundo eles, a elevada pressão técnica já não inclui somente uma maior Eficiência, mas também uma demanda pela Qualidade, enfatiza-se, expressa em termos de Valor.

Neste trabalho não se está avaliando a aplicabilidade dos Modelos em si, ou seja, qual deles seria o melhor ou qual deles vai se mostrar mais válido. Estudos, testes de hipóteses verificáveis geradas a partir dos Modelos e estudos de casos serão feitos, com certeza, à luz dessas Teorias. O objetivo foi entender o contexto em que são geradas essas idéias e gerar insights valiosos justamente sobre os novos Modelos para o Setor Saúde. Muitas das prescrições são claras, embora, algumas permaneçam ainda muito conceituais, pois ambos os estudos aguardam operacionalização, ao menos em parte. Isto não necessariamente é ruim, pois é condizente com a fase de produção dos Modelos; uma fase ainda de generalização de conceitos a partir de experiências ou casos. Não fez parte do escopo deste trabalho entrar no mérito dos Modelos, apenas analisa o que foi apresentado, quais os constructos teóricos utilizados e suas relações.

De qualquer forma, nos Modelos estudados estão presentes tanto componentes institucional como técnico. O institucional, mais presente quando se descreve a situação atual e, parcialmente, quando se colocam os critérios de avaliação. Os aspectos técnicos são as demonstrações, as diversas evidências de como essas variáveis se influenciam mutuamente para atingir os resultados almejados, o foco nos resultados e a impotência da Eficiência. Ele mostra na verdade as influências recíprocas de ambos os aspectos: os desenvolvimentos técnicos moldam as estruturas institucionais no Setor. Por outro lado processos técnicos focam em resultados, mas os elementos institucionais determinam que tipos de resultados serão perseguidos (SCOTT; BACKMAN, 1990).

Conforme citado, coincidentemente, nos Modelos existe um paralelismo entre os valores dos profissionais de saúde e a nova conjuntura em que está se configurando o mercado (ou, respectivamente, de aspectos institucionais e técnicos). Com o intuito de dar mais uma demonstração disso, reproduz-se textualmente algumas colocações. Porter e Teisberg (2007) escrevem: "isso não é uma convocação para a ação altruísta: as organizações que forem excelentes na entrega de valor mensurável aos pacientes se beneficiarão tremendamente" e Herzlinger (2006) coloca que são grandes as oportunidades para que a pessoa engajada nas mudanças "não só faça o bem, mas se dê bem".

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, J. A.; D AUNNO, T. A. Alternatives Perspectives on Institutional and Market Relationships in the U.S. Health Care Sector. In: MICK, S. S.; WYTTENBACH, M. E. (Editors). *Advances in Health Care Organization Theory*. Jossey-Bass, 2003.

- HERZLINGER, R. E. Let's Put Consumers in Charge of Health Care. *Harvard Business Review*, July 2002.
- HERZLINGER, R. E. Por que Inovar na Saúde é tão Difícil. *Harvard Business Review*, Maio 2006.
- KUTTNER, R. Tudo à Venda: as Virtudes e os Limites do Mercado. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- PFEFFER, J.; SALANCIK, G. R. *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. Stanford: Stanford University Press, 2003.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir Custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- SCOTT, W. R. *The Old Order Changeth: The Evolving World of Health Care Organizations*. In: MICK, S. S.; WYTTENBACH, M. E. (Editors). *Advances in Health Care Organization Theory*. Jossey-Bass, 2003.
- SCOTT, W. R.; BACKMAN, E. V. *Institutional Theory and Medical Care Sector*. In: MICK, S. S. et al (Editors). *Innovations in Health Care Delivery*. Jossey-Bass, 1990.
- SCOTT, W. R. et al. *Institutional Change and Healthcare Organizations: from Professional Dominance to Manager Care*. Chicago: The University of Chicago Press, 2000.
- SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. *Organization Theory and Health Services Management*. In: _____. *Health Care Management: Organization, Design and Behavior*. 4th ed. Albany, NY: Delmar Thomson Learning, 2000.
- THE WHITE HOUSE. *The Agenda - Health Care*. Disponível em: http://www.whitehouse.gov/agenda/health_care/. Acesso em: 17 fev. 2009.
- WHITE, K. R. *When Institutions Collide: Hospital Sponsored by the Roman Catholic Church*. In: MICK, S. S.; WYTTENBACH, M. E. (Editors). *Advances in Health Care Organization Theory*. Jossey-Bass, 2003.

T00118 - CENTRAL DE REGULAÇÃO DA REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA: INTEGRAR PARA PROTEGER

Autor: CELSO DE MORAES TERRA; Co-autores: MARIA APARECIDA ORSINI DE CARVALHO FERNANDES; MÔNICA TORMENA DE CAMPOS; PEDRO ALEXANDRE FEDERICO BREUEL

1 – RESUMO:

Os autores descrevem a implantação da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção à Mãe Paulistana e apresentam os resultados obtidos no período de março de 2006 à dezembro de 2008. Abordam a necessidade de fluxos de atenção a saúde organizados.

Palavras - chave: Regulação , rede de assistência , SUS.

2 – INTRODUÇÃO:

Dentro do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde e do Plano Nacional de Saúde, a garantia de referências hospitalares definidas para a assistência materno-infantil é etapa fundamental para a redução da morbiletalidade neonatal e materna.

Até 2006, um dos problemas de saúde mais críticos na cidade de São Paulo era a dificuldade de acesso das gestantes às maternidades no momento do parto.

Não havia uma rede organizada de serviços de saúde do SUS no município, que integrasse todos os estabelecimentos de saúde municipais, estaduais e federais, fato que deixava para as gestantes a busca pela vaga no momento do parto.

Considerando a necessidade de garantir o acesso da gestante e da criança aos serviços de saúde do SUS, qualificar o atendimento de pré-natal, parto e puerpério da gestante e do atendimento ao recém-nascido, foi criado por meio do Decreto n. 46.966 de 02 de fevereiro de 2006 o programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana, voltado para o atendimento da gestante e da criança até uma ano de vida.

Neste contexto, foi inaugurada em março de 2.006 a Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção à Mãe Paulistana (CRMP), cuja experiência será descrita a seguir.

3 – JUSTIFICATIVA / OBJETIVOS

- Relatar a experiência da organização de uma Central de Regulação Obstétrica e Neonatal no Município de São Paulo (CRMP), integrando uma rede hospitalar municipal, estadual, conveniada e universitária.
- Relatar a estrutura física e funcional da Central de Regulação Mãe Paulistana.
- Apresentar os resultados obtidos na CRMP de março de 2.006 à dezembro de 2.008
- Discutir a importância de uma Central de Regulação Obstétrica e Neonatal como fator primordial para o alcance da universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização da atenção à saúde materno-infantil.

4 – METODOLOGIA:

- Descrição dos passos para a organização da CRMP incluindo a pactuação entre as maternidades integrantes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana e a rede ambulatorial da Atenção Básica.
- Relatório retrospectivo obtido pela CRMP de março de 2.006 a dezembro de 2.008, incluindo o número e a qualificação das solicitações e a resolubilidade.
- Discussão da importância da análise dos dados da central de regulação no estabelecimento das necessidades e organização da rede de atenção à saúde.

Organização da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal da Rede de Proteção à Mãe Paulistana

A organização da CRMP passou pelas seguintes etapas:

- Conhecimento estrutural e funcional de todas as maternidades da rede SUS em atividade no Município de São Paulo, através de visitas locais e dados fornecidos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificando-as de acordo com a complexidade em alto e/ou baixo risco.
- Correlação entre a produção hospitalar e a estimativa de Nascidos Vivos SUS dependentes, moradores do Município de São Paulo, assim como a taxa de “invasão” por outros Municípios

c - Convide a todas as Maternidades SUS para participar da Rede de Proteção à Mãe Paulistana com o objetivo de qualificar o atendimento materno-infantil do Município

Desta forma iniciou-se a integração dos diversos equipamentos de saúde do Município definindo a Rede de Proteção à Mãe Paulistana com :

412 Unidades Básicas de Saúde / Programa de Saúde da Família

25 Ambulatórios de Especialidades

39 Maternidades:

11 Municipais –

HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE PROF. MARIO DEGNI

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA

HOSPITAL MUNICIPAL PROF. DR. ALIPIO CORREA NETO

HOSPITAL MUNICIPAL TIDE SETUBAL

HOSPITAL MUNICIPAL PROF. WALDOMIRO DE PAULA

HOSPITAL MUNICIPAL DR. CARMINO CARICCHIO

HOSPITAL MUNICIPAL IGNÁCIO PROENÇA DE GOUVEA

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ARTHUR RIBEIRO DE SABOYA

HOSPITAL MUNICIPAL DR. FERNANDO MAURO PIRES ROCHA

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA

HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSÉ STOROPOLI (V. MARIA)

02 OSS Municipais

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MOYÉS DEUTSCH (M' BOI MIRIM)

HOSPITAL MUNICIPAL CIDADE TIRADENTES - CARMEM PRUDENTE

09 Estaduais –

CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

HOSPITAL KATIA DE SOUZA RODRIGUES TAIPAS

HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSE PANGELLA

HOSPITAL GERAL DE SAO MATEUS DR MANOEL BIFULCO

HOSPITAL REGIONAL SUL

HOSPITAL IPIRANGA (UGA II)

HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES

HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS (UGA IV)

HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS

05 OSS Estaduais

HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA ORG SOCIAL SECONCI

HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA

HOSPITAL GERAL DO GRAJAU PROF LIBERATO JOHN ALPHONSE DI DIO

HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA

HOSPITAL ESTADUAL DE SAPOEMBA

05 Universitárias

HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP

CASA DE SAUDE SANTA MARCELINA - ITAQUERA

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SÃO PAULO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP

02 Casas de Parto

CASA DE PARTO DE SAPOEMBA

CASA DE MARIA - OSS SANTA MARCELINA DO ITAIM

05 Conveniadas

HOSP MATERNIDADE AMPARO MATERNAL

HOSPITAL SAO JOAQUIM BENEFICENCIA PORTUGUESA

HOSPITAL MUN SAO LUIZ GONZAGA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTO AMARO

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS HOSPITAIS SOROCABANA

Foi estimado aproximadamente 10.000 nascimentos mensais SUS dependentes dentro do Município e passou-se a organizar a CRMP para garantir o acesso desta população aos serviços de saúde, assim como seu monitoramento

Estrutura física e funcional da Central de Regulação Mãe Paulistana

Anteriormente à criação da CRMP , a regulação de partos do Município de São Paulo era feita pela Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE), juntamente aos casos clínicos e cirúrgicos .

A partir de março de 2006, com a criação da Rede de Proteção à Mãe Paulistana, a CRMP passou a regular especificamente os casos obstétricos e neonatais.

A CRMP conta com uma equipe de 26 Médicos Reguladores que se dividem de forma a cobrir as 24 horas do dia durante todo o ano, 02 Funcionários Administrativos e uma Coordenadora

A regulação se faz através do contato MÉDICO ao MÉDICO por telefone, usando-se um protocolo de solicitação específico para gestantes e outro para recém-nascidos onde constam os dados cadastrais do solicitante e do paciente, os dados clínicos de cada caso, a busca de vagas e os dados específicos de regulação.

São critérios de priorização de regulação a busca de Maternidade / Hospital com a complexidade que cada caso exige e a proximidade deste da residência da gestante/RN

A base de referência e contra – referência para a busca de vagas é a grade de partos pactuada em 2004, onde cada Maternidade foi classificada como de alto ou de baixo risco e as Instituições especializadas no atendimento de Recém Nascidos.

A CRMP regula Gestantes de Alto e Baixo Risco, abortamentos, patologias obstétricas, leitos de UTI Materna, UTI Neonatal, Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia Neonatal e Cardiopatias Congênitas cirúrgicas.

Modo de funcionamento: Médico Solicitante liga para a CRMP e o Médico Regulador preenche o protocolo específico com os dados fornecidos pelo Médico Solicitante. O Médico Regulador analisa, prioriza e inicia a busca de vaga contatando e solicitando a vaga para as Maternidades / Hospitais segundo os critérios de regulação. Após o Médico Executor concordar em ceder a vaga, o Médico Regulador anota os dados do Executante na ficha, contata o Solicitante e encerra a ficha. No caso do Executor negar a vaga, o Médico Regulador anota os motivos da recusa e passa a contatar outras Maternidades/Hospitais até a resolução do caso. Os dados das fichas das gestantes são inseridos em sistema próprio da CRMP e também foram desenvolvidas planilhas similares ao sistema para inserção dos dados dos recém nascidos e de UTI materna. Através destes sistemas pode-se mensurar retrospectivamente a produção da CRMP de março de 2006 a dezembro de 2008.

Mensalmente a CRMP recebe informações sobre o funcionamento das Maternidades participantes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana através de informes telefônicos e/ou impressos fornecidos pelas próprias Maternidades e também através dos relatórios das Orientadoras Hospitalares (insituídas pela Rede de Proteção à Mãe Paulistana) que entrevistam todas as gestantes internadas nas Maternidades da Rede, monitorando assim alguns dados como número de partos, taxa de cesáreas, taxas de mortalidade, taxa de ocupação dos leitos, condições de funcionamento das Maternidades, além de avaliar a qualidade do pré-natal e o atendimento na UBS e Hospital/Maternidade.

5 – RESULTADOS

No Município de São Paulo, acompanhamos através da Rede de Proteção à Mãe Paulistana de março de 2006 a dezembro de 2008, 300.840 nascimentos, o que representa 98% dos nascimentos SUS ocorridos em São Paulo. Os partos foram assim distribuídos: 91.088 de março a dezembro de 2006; 105.495 em 2007; e 104.257 em 2008;

A taxa média de partos cesárea em 2007 foi de 31% e de 2008 de 31,4% dentro das Maternidades da Rede.

Na TABELA I acompanhamos de 2.004 a 2.008 o número de solicitações anuais feitas antes e após a criação da Central de Regulação Mãe Paulistana e o percentual de resolubilidade - TABELA I e GRÁFICO I:

Período	Número de solicitações de vagas	% de resolubilidade
2004	6.095	65,10
2005	3.974	60,20
2006	4.632	97,24
2007	11.837	94,51
2008	13.571	92,70

Tabela I



Gráfico I

A CRMP teve seu início em março de 2006 regulando as vagas para gestantes de alto e baixo risco. A regulação de abortamentos e internações de patologias obstétricas iniciou-se em junho de 2006 e começou-se a regular recém nascidos e vagas de UTI para gestantes e puérperas em abril de 2007.

A TABELA II demonstra a especificação dos casos desde o início do funcionamento da CRMP.

	Baixo risco	Alto risco	PatoL. Obsté.	abortos	UTI materna	UTI neonatal	Cirurgia pediátrica	Neuro cirurgia	Cirurgia cardíaca
2006	3346	1142	0	8	0	112	15	10	1
2007	9807	1642	3	9	19	204	56	37	60
2008	10934	2095	26	3	25	269	96	52	58
total	24087	4879	29	20	44	585	167	99	119

Tabela II

A CRMP recebeu em média, 9,81% de solicitações de vagas para gestantes da totalidade de partos ocorridos nas maternidades da Rede no período. (GRÁFICO II)

Foram entrevistadas as gestantes no local de ocorrência do parto (Orientadoras Hospitalares) que passaram por mais do que uma Maternidade até conseguirem a vaga final e foram questionadas sobre qual o meio de transporte utilizado na transferência , inferindo assim , a orientação recebida pela mesma na Maternidade de origem - TABELA III

Nesta amostra , 88% das gestantes tiveram seu transporte garantido na Maternidade de origem , ficando assim sob assistência até o momento do parto.



Gráfico II

MÊS	MEIOS			
	TOTAL	PRÓPRIOS	%	AMBULÂNCIA
jun/08	780	97	12,4	683
jul/08	801	93	11,6	708
ago/08	800	96	12,0	704
TOTAL	2381	286	12,0	2095

Tabela III

6 – CONCLUSÕES:

Os autores ressaltam a importância da criação de uma Central de Regulação específica Obstétrica e Neonatal para atingirmos a universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização na Rede SUS.

Isto é facilmente notado pela quase duplicação do número de solicitações feitas após a criação e organização da Rede de Atenção pela CRMP (TABELA I) específica Obstétrica e Neonatal formalizando a obrigatoriedade dos fluxos de solicitações. Outro fato notado foi a elevação da taxa de resolubilidade para a obtenção das vagas tanto para o alto quanto para o baixo risco.

A CRMP tem uma resolubilidade média de 95% (TABELA I) demonstrando a efetividade da integração de todas as Instituições componentes da Rede de Proteção à Mãe Paulistana, com comprometimento e colaboração mútuas.

A CRMP mostrou ser uma ferramenta fundamental para acabar com a procura direta por vaga da gestante no momento do parto (Mãe Peregrina) conforme mostra a TABELA III , através do aprimoramento das Grades de Referência e Contra – Referência , o monitoramento constante e a orientação dos fluxos de atenção.

A responsabilidade por uma parcela significativa de gestantes, 9,81% dos partos, que necessitam de recursos não disponíveis no momento do parto, fez com que a CRMP realize a readequação da grade de referência materno-infantil, com nova pactuação das áreas de abrangência das Maternidades e Pré-Natais de risco, de forma a permitir que a gestante seja orientada desde o primeiro dia do Pré-Natal qual o seu local para Pré-Natal de Alto Risco e sua Maternidade para o momento do parto e/ou suas complicações.

Por tudo isso a CRMP constitui-se em importantíssimo observatório para a tomada de decisões pelos Gestores da Saúde.

TO0122 - A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE GESTÃO AMBIENTAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO

Autor: LÍDIA LIMA; Co-autores; ANA CAROLINA PORTUGAL PORTELLA; IVONETE HEIMBECHER GROCHENTZ; NÉRI LÚCIA DOS SANTOS SOLHEID

Palavras-chave: Gestão ambiental, Resíduos de Serviços de Saúde, educação continuada.

Introdução:

O “lixo” acompanha a vida do homem desde o seu nascimento, sendo fundamental o desenvolvimento de inovações que transformem este incomodo “vizinho” em produtos e subprodutos com valor agregado, ou ainda em inovações que minimizem seu efeitos danosos à sociedade.

Segundo Lemos(1999) o nível de preocupação com a questão ambiental como se apresenta hoje, é um fato muito recente na história da humanidade. Esse tipo de consciência teve início na década de 70, sendo que até então praticamente se limitava a preocupações sanitárias decorrentes da poluição do ar e da água.

Com o aumento da população mundial, do desenvolvimento tecnológico e da incorporação de novos hábitos alimentares e de consumo, o homem passa a gerar mais embalagens e começa a conviver com produtos descartáveis. Segundo Tiburcio (2008), o crescimento da quantidade de resíduos e o crescimento da diversidade dos resíduos acompanham os crescimentos econômico e populacional. Os resíduos de serviços de saúde seguem a mesma tendência, os produtos médico hospitalares descartáveis trouxeram redução dos riscos de contaminação cruzada, maior agilidade e facilidade no atendimento ao paciente, porém o volume de resíduos aumentou na mesma proporção.

A denominação “lixo hospitalar”, até pouco tempo atrás era comumente utilizada para designar tudo o que era descartado em hospitais, farmácias, laboratórios clínicos, clínicas veterinárias, consultórios médicos e odontológicos e casas de saúde. Sua composição variava desde algodão, seringas, frascos de medicamentos até restos de comida e outros resíduos que não ofereciam risco biológico ou tóxico.

Atualmente, este termo, está sendo substituído por Resíduos de Serviços de Saúde (RSS). Mais do que mera adequação de terminologia demonstra que, uma nova consciência e postura está sendo adquirida frente a questão de geração e manejo dos destes resíduos. De acordo com Moura (2005), a manipulação adequada e o correto descarte dos resíduos gerados, além de proteger o meio ambiente e a saúde humana, são medidas de segurança para profissionais de saúde e trabalhadores do serviço de limpeza.

Segundo a Agência de Proteção Ambiental Americana – EPA (2009), o potencial dos resíduos médicos em causar doenças é maior durante a geração e declina a partir deste ponto, apresentando então, maior risco ocupacional do que ambiental. Segundo Cussiol (2001), basicamente a maneira mais efetiva de se evitar riscos é através da prevenção, sendo assim, a adoção de condutas seguras desde a geração do resíduo até a sua disposição, evita em muito, os riscos de acidentes.

O gerenciamento dos RSS, no Brasil, está apoiado por Regulamentos Técnicos, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, (Brasil,2004) RDC 306/04 e do Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA (Brasil,2005) Resolução 358/05 que apresentam as características de atualização científica, harmonização de conteúdo e campo de aplicação. A RDC ANVISA 306/04 dispõe sobre as atividades de gerenciamento intra-hospitalar e a Resolução CONAMA 358/05 destina-se ao gerenciamento extra estabelecimento (Tiburcio,2008). Estes regulamentos atribuem aos Estabelecimentos de Saúde a implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e a responsabilidade sobre os resíduos da sua geração até o destino final.

O Hospital base deste estudo, possui uma Comissão de Gerenciamento de Resíduos multiprofissional desde 2003, instituída por Portaria e com regimento aprovado. É um órgão de assessoria da Diretoria de Corpo Clínico e tem por finalidade a definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do PGRSS, neste panorama, os resíduos são geridos de modo a reduzir a sua produção, visando à preservação e proteção: da saúde pública, dos recursos naturais e do trabalhador.

Justificativa:

Por dia passam pelo Hospital cerca de 11.000 pessoas, a quantidade e diversidade de resíduos gerados torna imprescindível uma gestão ambiental eficiente.

Até 2005 o Hospital participava do programa municipal de coleta, onde os resíduos hospitalares eram depositados em Vala Séptica, sem ônus para o mesmo. Com a previsão do fechamento da Vala Séptica, realizou-se a licitação e contratação de uma empresa para tratamento e disposição dos resíduos infectantes e perfurocortantes, esta coleta teve início em abril de 2005. Nesta época não haviam dados concretos do volume de resíduos gerados no Hospital. A implantação do PGRSS constitui-se numa efetiva ferramenta de gestão sócio-ambiental.

O Hospital está em busca da certificação de qualidade através do Programa de Acreditação Hospitalar. O correto gerenciamento dos resíduos faz parte dos itens de avaliação, sendo fator importante no processo de certificação. As principais dificuldades na implantação do programa de gerenciamento de resíduos estavam relacionadas com a falta de sacos nas cores e tamanhos corretos, de lixeiras adequadas, sendo que a grande maioria eram baldes ou bombonas cortadas e com condições inadequadas do abrigo externo.

Além dos problemas operacionais, o início do programa enfrentou resistências à mudanças intrínsecas dos trabalhadores, mesmo após a identificação das lixeiras e treinamento, a falta de sacos nas cores adequadas gerava dúvidas quanto ao descarte, além de dificultar o processo de coleta interna dos resíduos.

Métodos:

A base do método desenvolvido atualmente, teve sua gênese no projeto piloto advindo do Serviço de Análises Clínicas implantado em 2002, que efetivamente constituiu-se de um projeto de coleta seletiva, envolvendo 250 funcionários. Foram adquiridas lixeiras com tampa e pedal, todos os funcionários receberam treinamento e foram submetidos a um processo de educação continuada, com apresentações lúdicas em forma teatral e outras atividades de envolvimento, assim como ocorreu a formulação e distribuição do “Manual de Coleta Seletiva”, elaborado pelo Núcleo da Qualidade do Serviço, além do programa “Ronda do Lixo”, que faz avaliação contínua da segregação e expõe avaliação de maneira aberta e direta a todos os participantes, promovendo competição entre setores envolvidos Os indicadores mostraram redução dos resíduos infectantes e aumento dos resíduos comuns e recicláveis.

Este projeto foi encaminhado para a Escola Nacional de Administração Pública, tendo alcançado premiação em concurso. A partir desta experiência bem sucedida e visando melhorias ambientais, a Direção do Hospital formou em 2003 uma equipe multiprofissional para o gerenciamento dos resíduos e gestão ambiental em todo o Hospital, que é composto de uma população, com cerca de 3.700 funcionários e servidores, contabilizam-se ainda, alunos estagiários, clientes e familiares totalizando aproximadamente 11.000 pessoas circulantes por dia.

Inicialmente a Comissão realizou avaliação da situação ambiental do Hospital e normatização referente a segregação dos resíduos, o processo de mudança e aplicação das normas foi apoiado e aplicado pelo Serviço de Higiene e Resíduo Hospitalar.

O Hospital foi mapeado, para levantamento do número de lixeiras necessárias e a necessidade real de sacos de lixo nas diversas cores e tamanhos. Com intuito de facilitar a segregação dos resíduos, as lixeiras existentes foram identificadas conforme a classificação do resíduo em infectante, comum e reciclável.

O processo de sensibilização da Direção foi apoiado com os “números do lixo”, ou seja, os altos custos com tratamentos dos resíduos os quais poderiam ser reduzidos com recursos básicos e investimentos na questão ambiental.

O processo educativo teve várias abordagens, sendo elaborado um manual de segregação entregue a cada funcionário e servidor juntamente com o contracheque. Através de um convênio com a Universidade, a Comissão teve estagiários do curso de enfermagem e com recursos do Fundo de Desenvolvimento Acadêmico foram confeccionados banners educativos, distribuídos em locais de maior circulação.

Pela dificuldade da saída dos postos de trabalho dos funcionários, principalmente da equipe de assistência, a questão educativa foi abordada in loco foram levadas lixeiras identificadas, com sacos nas cores adequadas e uma caixa para descarte de resíduos perfurocortantes, distribuídos materiais representando vários tipos de resíduos as pessoas que descartavam conforme seu entendimento nas lixeiras, a equipe de treinamento retirava os resíduos e juntos discutiam se estava certo ou não aquele descarte (figura1).

Outras formas de abordagem foram palestras com apresentação em multimídia da situação dos resíduos no país e local, o histórico ambiental do Hospital, legislações vigentes e fotos do dia a dia contendo situações erradas e exemplos corretos.

Foram ministrados cursos de 04 e 08 horas de duração sendo abordada a questão ambiental com maior abrangência de conteúdo, além de uma visita técnica em todo o Hospital visualizando o fluxo do resíduo desde a geração, coleta, armazenamento temporário e abrigo externo.

De forma lúdica a equipe apresentou peças teatrais, (figura2) encenadas pela própria Comissão e funcionários participantes dos cursos, causando um grande envolvimento do Hospital. Estas apresentações ocorrem em vários momentos, como no aniversário da instituição, Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho e encerramento de cursos.

Em 2008, como educação ampliada, foi realizado o I Encontro de Resíduos do Hospital, onde foram apresentadas as tecnologias de tratamento dos resíduos e a realidade da associação de catadores para onde são doados os materiais recicláveis, havendo grande adesão principalmente da equipe de higienização e manutenção, além de representantes dos diversos serviços.

Instituiu-se em 2006, baseado no projeto piloto, a ronda de resíduos, onde as lixeiras dos serviços eram avaliadas por uma equipe do Serviço de Higiene e Resíduo Hospitalar que encaminhava os problemas para a Comissão, através deste trabalho foi possível atender os casos mais urgentes com maior eficiência. Posteriormente a responsabilidade das rondas foi transferida para as unidades ou serviços que enviam via eletrônica, relatório para a Comissão, que também realiza rondas esporádicas de monitoramento.

Em relação aos resíduos químicos foram rastreados os passivos e encaminhados para tratamento por incineração, inicialmente em São Paulo. Posteriormente contratado uma empresa local através de processo de licitação, sendo mantido atualizado os contratos para tratamento de químicos, evitando o acúmulo dos mesmos reduzindo riscos ocupacionais e para o meio ambiente, com geração média ativa de 12 toneladas ano.

Os resíduos infectantes são descartados em saco branco leitoso, em lixeiras identificadas com o símbolo de risco biológico, os sacos são acondicionados em bombonas de 200 litros com tampa no abrigo externo de resíduos, encaminhadas diariamente para tratamento por autoclavagem, a empresa deixa bombonas vazias e limpas e leva as cheias trazendo melhorias quanto ao aspecto e cheiro do abrigo de resíduos.

Os resíduos comuns são descartados em saco preto em lixeira identificada com símbolo de reciclagem com um X em vermelho e escrito RESÍDUO COMUM, os sacos são depositados em contêiner de metal de 1,8 litros no abrigo externo de resíduos, coletados pelo Departamento de Limpeza Pública uma vez ao dia e depositados no Aterro Sanitário do Município, sem custos ao Hospital.

Os resíduos recicláveis são segregados, organizados internamente e doados a uma Cooperativa de Catadores, conforme Decreto Federal n. 5.940/2006.

A população externa pode participar deste processo através da utilização de lixeiras para coleta seletiva colocadas na área externa do Hospital. Resultados:

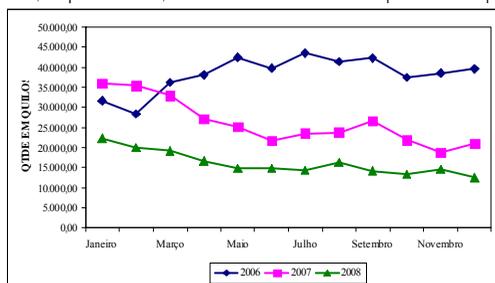
Com a sensibilização da Direção do Hospital quanto a necessidade de mudanças relativas ao fornecimento de insumos básicos para a segregação dos RSS, a primeira solução foi relacionada ao abastecimento e fornecimento contínuo de sacos. Em 2007 foi aprovado um projeto de segregação dos resíduos pelo Estado para a compra de 2.140 lixeiras, 202 caixas para descarte de papel A4 e 50 contêineres de resíduos para armazenamento temporário dos resíduos nos andares do Hospital. As lixeiras foram entregues e distribuídas no final de 2008.

O projeto de reforma e ampliação do abrigo externo foi aprovado e será financiado por uma associação de ajuda ao Hospital, sendo prevista a obra para conclusão em 2009.

A evolução do gerenciamento dos resíduos no Hospital pode ser avaliada conforme os indicadores expostos no gráfico 1, onde pode ser observado o decaimento do volume dos resíduos num período de 3 anos, realizando a análise de janeiro a dezembro. Foi encaminhado no ano de 2006, o equivalente a 455,5 toneladas de resíduos infectantes e perfurocortantes para tratamento, tendo uma média mensal de 37,9 toneladas e diária de 1,2 toneladas, com gastos no ano de R\$ 678.576,40 , no entanto, em 2007 a média mensal diminuiu para 28 toneladas e a diária para 934,10 quilos. Em 2008 foram encaminhados 193,3 toneladas para tratamento, com média mensal de 16,2 toneladas e diária de 542 quilos, com gasto de R\$ 288.019,69/ano.

Gráfico 1: Quantidade em quilos de resíduos infectantes e perfurocortantes encaminhados para tratamento de 2006 a 2008.

Fonte: o autor



Com a melhoria da segregação na fonte geradora, houve aumento na geração dos resíduos comuns e recicláveis, sendo que em 2006 eram encaminhados 2 contêineres/dia para o aterro sanitário de resíduos comuns e em 2008 subiu para 6 contêineres/dia, os resíduos recicláveis passaram de 1214 quilos/mês em 2006 para aproximadamente 6.000 quilos/mês em 2008.

A segregação efetiva dos resíduos no Hospital gera além de redução nos custos de tratamento também benefícios ambientais e sociais, a doação de materiais nobres, do ponto de vista da reciclagem à associação de catadores contribui para que tenham um trabalho mais seguro e rentável.

As avaliações das lixeiras no dia a dia, demonstram melhoras no descarte dos resíduos na fonte geradora.

Conclusões:

A evolução no gerenciamento de resíduos do Hospital mostrou que resultados positivos podem ser conquistados perante persistência e abordagens variadas de educação continuada. A redução do volume de resíduos encaminhados para tratamento, reflete que os funcionários e servidores incorporaram a prática da correta segregação dos resíduos e passaram a ver a questão ambiental no Hospital como parte do seu dia a dia.

A redução de 57,5% no volume dos resíduos com necessidade de tratamento em apenas 3 anos de avaliação pode ser atribuída à continuidade das políticas de gestão ambiental adotadas pela Direção do Hospital, que de maneira relativamente simples, implementaram sem descontinuidades a distribuição de sacos nas cores corretas, mantiveram os treinamentos constantes, mas o ponto alto se deve a adesão da comunidade interna do Hospital e a motivação e colaboração da equipe do Serviço de Higiene e Resíduos Hospitalares que operacionaliza o fluxo interno dos resíduos.

As mudanças visuais relativas as trocas de lixeira e a perspectiva da reforma do abrigo de resíduos trouxeram um novo ânimo para o programa.

A constatação e divulgação dos resultados positivos do programa passam credibilidade perante o grupo de trabalho, participantes e Direção, motivando a equipe a buscar soluções inovadoras na gestão ambiental do Hospital.

Resumo:

Este trabalho é um estudo de caso do sistema de gestão ambiental, com a evolução do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em um hospital público universitário, onde a implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde foi iniciado com a avaliação ambiental do Hospital, seguido de identificação das lixeiras e capacitação da equipe de trabalho. Foram realizadas várias abordagens para educação continuada. A redução em 57,5% em 3 anos dos resíduos infectantes e perfurocortantes com necessidade de tratamento mostra resultados positivos no gerenciamento de resíduos e adaptação dos trabalhadores aos hábitos de segregação na fonte geradora.

Referências:

BRASIL. Resolução ANVISA RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 10 dez. 2004.

BRASIL. Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e disposição dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 04 mai. 2005. Seção 1.

CUSSIOL, N.A.M., LANGE, L.C. e FERREIRA, J. A. Otimização do Gerenciamento Intra-hospitalar dos Resíduos de Serviços de Saúde em um Hospital Pediátrico. 21 Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, 2001.

LEMOS, J.C., LIMA, S.C. e RAMOS, L.B.M. Os impactos ambientais provocados pelo lixo hospitalar. Biosci J, V15, n.1 p15-28, junho 1999.

MOURA, A. S. e AGUIAR, G. Manejo do Lixo Hospitalar em Hospitais Públicos e particulares de Fortaleza-CE Infarma, v.17,n.3/4, 2005.

TIBURCIO, H.M. Gerenciamento dos Resíduos dos Laboratórios Clínicos. Laes&Haes n.175, p.198-228, 2008.

U.S.Environmental Protection Agency. Frequently asked questions about medical waste. <http://www.epa.gov/osw/nonhaz/industrial/medical/mwfaq.shtm> (Last updated on Tuesday, September 9th, 2008.) Acesso em 23/02/2009.

T00126 - AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA INFORMATIZADO PARA GERENCIAMENTO DE INDICADORES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO PAULO

Autor: LILIAN LESTINGI LABBADIA; Co-autores: MARIA D'INNOCENZO; MARIA ISABEL SAMPAIO CARMAGNANI; LUIZA HIROMI TANAKA

RESUMO

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. Este trabalho tem como objetivo descrever a avaliação da implantação do sistema informatizado desenvolvido no Hospital São Paulo para o gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem. A avaliação da utilização deste foi realizada por meio dos relatórios emitidos pelo sistema e de reunião com os enfermeiros responsáveis por estas unidades após três meses da implantação. Esta avaliação demonstrou que a utilização do SIE-HSP ainda não está incorporada à prática assistencial dos enfermeiros.

INTRODUÇÃO

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 (1).

Vale ressaltar que os indicadores são instrumentos para definir parâmetros e realizar comparações além de agregar juízo de valor frente ao encontrado e ao ideal estabelecido. Para tanto, é necessário que a fase de coleta e sistematização dos dados seja bem planejada (2). Ademais, informações convenientes e obtidas no momento certo podem beneficiar a administração dos serviços e favorecer a tomada de decisão com o menor grau de incerteza.

A melhoria da qualidade assistencial é considerada um processo amplo, dinâmico e exaustivo de identificação contínua dos fatores intervenientes do processo de trabalho da equipe de enfermagem. Requerem do profissional enfermeiro a implantação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (3).

No Brasil, os estudos têm contemplado a construção e validação dos indicadores de enfermagem, a exemplo do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar subgrupo do Programa de Qualidade Hospitalar (NAGEH / CQH) (4-5).

Mantido pela Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, o NAGEH criou, no início dos anos 90, o serviço de avaliação da qualidade da assistência prestada aos usuários de hospitais do Estado de São Paulo (6-7). Desde então, este Núcleo de pesquisa vem mobilizando os gestores de instituições hospitalares para a implantação e consolidação de medidas que promovam a qualidade dos serviços de saúde.

A utilização de novos métodos para prover a melhoria do serviço de enfermagem, somado ao considerável acervo de informações tanto assistencial quanto administrativo da enfermagem hospitalar, corroborou para a utilização da tecnologia da computação (4,8).

A informatização como forma de gerenciar, administrar, organizar, classificar, monitorar e obter informações relevantes, em tempo real, tornou o acesso aos indicadores de enfermagem mais dinâmico e produtivo (8-9).

A eficácia dos sistemas informatizados na área da saúde esta amparada por vasta literatura e resultados práticos de instituições hospitalares que se tornaram referência mundial por utilizarem tais recursos (8,10).

A elaboração e aplicabilidade de indicadores de qualidade possuem estreita relação com a motivação e satisfação dos profissionais, repercutindo na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde (11).

Neste sentido, a Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo (HSP) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) 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.

Tendo como referencial os indicadores estabelecidos pelo NAGEH, foram desenvolvidos indicadores específicos e adaptados à realidade do Hospital São Paulo (HSP).

Desta forma, o presente estudo objetiva descrever a avaliação da implantação do Sistema Informatizado desenvolvido no Hospital São Paulo para o gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem.

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

A fim de coletar, gerenciar e avaliar dados, de forma rápida e eficaz, além de propor melhorias por meio de resultados foi criado o Sistema Informatizado de Indicadores de Enfermagem do Hospital São Paulo (SIIE-HSP).

O desenvolvimento do SIIE-HSP ocorreu no período de Janeiro de 2005 à Junho de 2008 e envolveu docentes do Departamento de Enfermagem da UNIFESP, profissionais do Departamento de Tecnologia da Informação da UNIFESP e enfermeiros da Diretoria de Enfermagem do HSP.

Dividido em quatro etapas, o desenvolvimento do SIIE-HSP ocorreu da seguinte forma:

1. Criação e elaboração do Manual de Indicadores de Enfermagem: docentes do Departamento de Enfermagem da UNIFESP e enfermeiros do HSP desenvolveram o Manual de Indicadores de Enfermagem desta Instituição, baseado no Manual do NAGEH (7) e nas experiências destes enfermeiros.

2. Execução do piloto: por meio de registros realizados de forma manual em uma planilha, foi testado em onze unidades do Hospital São Paulo, no período de Março à Abril de 2006.

3. Desenvolvimento do SIIE-HSP: Docentes e Enfermeiros do Grupo de Melhoria de Processos da Assistência de Enfermagem – Qualidade da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo e analistas de sistemas do Departamento de Tecnologia da Informação da UNIFESP desenvolveram e testaram o SIIE-HSP no período de Julho de 2007 à Maio de 2008.

4. Piloto com o SIIE-HSP: Realizado em Junho de 2008 onde 60 enfermeiras de 11 unidades de internação do HSP foram submetidas ao treinamento com o sistema informatizado.

O SIIE-HSP contém os indicadores que envolvem diretamente os eventos adversos que podem ocorrer durante os procedimentos de assistência prestada ao paciente pela equipe de enfermagem: Extubação não Planejada, Hipotermia, Lesões de Pele, Perda de Cateter Urinário, Perda de Cateter Vascular Central, Perda de Cateter Vascular Periférico, Perda de Dreno, Perda de Sonda do Trato Gastro Intestinal, Queda de Paciente, Úlcera por Pressão e emite relatórios que possibilitam a identificação dos eventos adversos por paciente, série histórica por unidade e incidência de queda e úlcera por pressão com identificação e classificação do risco.

AValiação DA UTILIZAÇÃO DO SIIE-HSP

A avaliação da utilização do SIIE-HSP nas unidades pilotos foi realizada por meio dos relatórios emitidos pelo sistema e de reunião com os enfermeiros responsáveis por estas unidades após três meses da implantação.

Em reunião realizada em novembro/08 com os enfermeiros responsáveis pelas unidades pilotos apresentamos o relatório no sistema on line e as possibilidades de análise para os dados disponíveis. Demonstramos também o relatório que indicava os dias em que não foram lançados os dados por unidade, justificando o impacto negativo deste para o sistema; perguntamos a seguir quais as dificuldades / motivos para este resultado.

Em relação ao percentual de preenchimento dos dados no SIIE-HSP (Tabela 1), em nenhuma unidade tivemos 100% de adesão, sendo os finais de semana e feriados os dias que com maior número de não preenchimentos. Este fato se deve à folgas dos enfermeiros no período da manhã; reorientamos a necessidade dos enfermeiros de todos os plantões estarem envolvidos no processo.

Tabela 1 – Percentual de preenchimento dos dados no SIIE-HSP no período de 16/9 a 1/1/09.

Unidades	Dias preenchidos	% de preenchimento no sistema
UTI neonatal	96	89
UI cirurgia de tórax	92	85
UI geriatria	89	82
UI endocrinologia	89	82
UTI pediatria	71	66
UTI geral	69	64
UI pesquisa e saúde suplementar 8 a	69	64
UI gastroclínica	66	61
UI neurocirurgia	54	50
UI dipe	46	43

Observamos ainda que as unidades com um maior percentual de adesão são aquelas em que os enfermeiros estão mais sensibilizados para o uso dos indicadores como ferramenta que pode ser utilizada para melhoria da assistência de enfermagem. Um destes enfermeiros relatou uma melhoria de processo que foi realizada na diluição de medicamento em função dos relatórios de perda de cateter periférico por flebite que ocorreram naquela unidade.

Figura 1 - Justificativas citadas pelos enfermeiros das unidades pilotos para o não lançamento de dados no SII-E-HSP classificadas de acordo com o grau de importância.

Dificuldades/motivos citados	Unidade piloto				
	Geriatria	Gastroclínica	Obstetrícia	UTI Pediátrica	Berçário
Máquina (computador)	3º		1º	2º	3º
Sistema (dificuldades de acesso)	1º				
Pessoal (falta de funcionários)	2º	1º	3º	3º	1º
Resistência de enfermeiros		2º		1º	2º
Treinamento (alta rotatividade)			2º		

Conforme apresentado na Figura 1, os problemas citados variaram de unidade por unidade, não sendo a falta de funcionários o 1º motivo para todas as unidades conforme havíamos pensado inicialmente. Porém ele é o único fator citado por todas as unidades.

Os problemas citados relacionados à máquina e ao sistema foram encaminhados ao departamento responsável. Os demais serão tratados juntamente junto à coordenadora assistencial de enfermagem. Também foram realizadas propostas para melhorar a consulta aos relatórios gerenciais de queda e unidades com censo. Estas foram incorporadas ao sistema no mês de janeiro de 2009, estando em fase de divulgação junto aos usuários.

CONCLUSÕES

Reunindo muitos benefícios, o Sistema Informatizado de Indicadores de Enfermagem do Hospital São Paulo destaca-se por armazenar dados pertinentes aos processos assistenciais de enfermagem e disponibilizar dados para a avaliação dos resultados da assistência de enfermagem que poderão ser consultados em tempo real e impressos no momento necessário.

Tais recursos poderão ser utilizados, em virtude do desenvolvimento informatizado, por meio de bancos de dados interativo, interface intuitiva, de fácil manuseio e atrativa do ponto de vista pedagógico tendo o enfermeiro uma moderna ferramenta de trabalho capaz de mensurar e contribuir para a qualidade de seu serviço.

No entanto, a avaliação da implantação do Sistema Informatizado para Gerenciamento de Indicadores da Assistência de Enfermagem demonstrou que a sua utilização ainda não está incorporada à prática assistencial dos enfermeiros destas unidades, cabendo ao grupo que está liderando o processo elaborar novas estratégias para a sensibilização destes profissionais quanto à importância da utilização dos indicadores no processo de trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BOHOMOL E. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem In: Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. Martinari, 2006.
- 2 - CARVALHO C; ROSEMBURG CP; BURALLI KO. Avaliação de ações e serviços de saúde. O Mundo da Saúde 2000; 24(1):
- 3 - FONSECA AS; YAMANAKA, NMA; BARISON T; LUZ SF. Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão assistencial na atividade hospitalar. O Mundo da Saúde 2005; 29(2):161-8.
- 4 - REIS EAA; DENSER CPAC; MINATEL VF; BORK AMT. Definição de Indicadores de Assistência de Enfermagem a partir dos Dados Mínimos. Site obtido em Junho de 2008 no seguinte endereço de Internet: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/730.doc>
- 5 - TRONCHIN DMR; MELLEIRO MM; MOTA NVYP. Indicadores de qualidade de enfermagem: uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do programa de qualidade hospitalar. O Mundo da Saúde 2006; 30(2):305.
- 6 - MOTA NVP; MELLEIRO MM; TRONCHIN DMR. A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato da experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. Rev Admin Saúde 2007; 9(34):
- 7 - Manual de Indicadores de Enfermagem NAGEH – 2006. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) e Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGH). Site obtido em Junho de 2008 no seguinte endereço de Internet: <http://www.cqh.org.br/?q=node/213>
- 8 - SOUSA, AF; ALDRIGHI, JR; REIS, LB; BARONI, KS; SANTOS, MR. Monitoramento de indicadores de qualidade em UTI: atuação do enfermeiro. Site obtido em Junho de 2008 no seguinte endereço de Internet: www.sobragen.org.br/trabalhos/Trabalho/20029.pdf
- 9 - SCHOUT, D; NOVAES, HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc Saúde Col 2007; 12(4): 935-44.
- 10 - CALIRI, MHL. Usando os recursos da internet na enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 1997; 5(1):98-100.
- 11 - KURCGANT, P; TRONCHIN, DMR; MELLEIRO, MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Acta Paul Enferm 2006; 19(1): 88-91.

T00128- HOSPITAL-DIA NO BRASIL E REGIÕES SELECIONADAS

Autor: FERNANDO AUGUSTO TAVARES CANHISARES; Co-autores: PEDRO SILVEIRA CARNEIRO; DENISE SCHOUT

Palavras-chave: hospital-dia, gestão de serviços de saúde, modalidades assistenciais

Resumo: Os Hospitais-dia vêm se mostrando uma modalidade assistencial alternativa com bons resultados para determinados tipos de tratamentos. Realizou-se levantamento da legislação que regulamenta a assistência à saúde no modelo de Hospital-dia no Brasil, assim como pesquisa nas bases de dados oficiais do levantamento dos números de serviços, tipos de prestadores e leitos de Hospital-dia no Brasil, Região Sudeste, Estado de São Paulo e região metropolitana de São Paulo. Descrevem-se os resultados obtidos através da análise dos dados o que permite evidenciar o crescimento desta modalidade assistencial "Hospital-dia", em todas as especialidades cadastradas nas diversas áreas geográficas. Observa-se crescimento acentuado dos leitos cirúrgicos de hospital-dia nos prestadores privados não vinculados ao SUS. O crescimento do número de estabelecimentos e de leitos para saúde mental e AIDS no setor público vinculado ao SUS evidencia esta modalidade como relevante na assistência

para esses programas. Ressalta-se o crescimento de leitos de hospital-dia para geriatria no setor privado não SUS. Esta modalidade tem apresentado tendência de crescimentos nos últimos três anos. Com regulamentação adequada poderão ser ampliadas as ofertas de tipos de tratamento, com menor custo social e economia para o sistema.

Introdução

Dentre os novos modelos de organização da assistência à saúde, os Hospitais-dia vêm se mostrando uma alternativa interessante para determinados tratamentos. Esta modalidade assistencial teve suas atividades regulamentadas inicialmente no programa de Saúde Mental, como alternativa efetiva à internação psiquiátrica. Com o tempo, o avanço tecnológico em saúde possibilitou intervenções cada vez menos lesivas e permitiu a assistência a outros grupos de pacientes, além dos psiquiátricos, em regime semelhante. Assim, os chamados Hospitais-dia diversificaram-se. Sob este mesmo nome, atendem pacientes para a realização de procedimentos diversos como infusões prolongadas de medicação, pequenas cirurgias, biópsias, exames diagnósticos, entre outros. Foi concebido, assim, como uma unidade assistencial voltada diretamente ao tratamento e, em alguns casos, ao apoio diagnóstico.

Tal modalidade assistencial vem se mostrando interessante tanto para o setor de saúde suplementar quanto para o Sistema Único de Saúde (SUS), já que tem por objetivo liberar leitos de internação tradicional para pacientes/procedimentos onde são realmente indispensáveis. Nas atividades que engloba, aparenta diminuir custos, quando comparado com o regime de internação hospitalar tradicional, podendo levar a um impacto financeiro positivo para os serviços que adotam este modelo. Vale ressaltar que do ponto de vista do usuário os procedimentos de hospital-dia tendem a gerar menor risco de aquisição de eventos adversos relacionados à internação. Além disso, tendem a determinar impacto no absenteísmo.

Presume-se ainda que, para pacientes e seus acompanhantes, apresenta maior conveniência, considerando que estes, geralmente, preferem estar em casa com a família, sempre que possível, recebendo um menor impacto em suas vidas cotidianas (Pinto, 2005).

É também uma modalidade que, potencialmente, viabiliza um bom controle do uso de medicamentos e do acompanhamento de protocolos clínicos e de pesquisa, nos serviços onde isto é de interesse, como Hospitais de Ensino e Pesquisa e o próprio SUS.

Nesse sentido, pressupõe-se que esta modalidade apresente tendência de crescimento, em número de serviços e de leitos na rede, disseminando-se dentre os diferentes serviços de saúde públicos e privados (Flório, 1998).

Materiais e Métodos

Procedeu-se a revisão de literatura científica a partir de descritor de assunto hospital-dia e busca de referências a partir dos artigos selecionados. Levantamento da legislação que regulamenta a assistência à saúde no modelo de Hospital-dia no Brasil (Brasil, 2001; Brasil, 2008).

Pesquisa nas bases de dados oficiais disponíveis, quais sejam: site do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2009(a)) e no portal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Brasil, 2009(b)). Procurou-se levantar o número de serviços cadastrados segundo localização, tipo de prestadores e número de leitos de Hospital-dia segundo especialidade médica cadastrada. Além disso, procurou-se identificar os serviços habilitados como hospital-dia (Brasil, 2008). As regiões selecionadas foram: Região Metropolitana de São Paulo, Estado de São Paulo, Região Sudeste e Brasil, buscando-se as séries de tempo disponíveis. A maior parte a partir de dezembro de 2005 ou 2006. A pesquisa teve como principal objetivo identificar tendências desta modalidade assistencial nas áreas geográficas selecionadas.

Justificativa

Identificar junto à literatura, junto à legislação vigente e junto às bases de dados, a situação atual dos Hospitais-dia em diferentes áreas geográficas (Brasil, Região Sudeste, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo) referente à disponibilidade de serviços e leitos, além de obter informações suficientes a fim de se inferirem tendências a respeito desta modalidade assistencial.

Resultados e discussão

Em termos normativos, o regime de assistência em Hospital-dia é regulamentado pela portaria GM/MS 044 de janeiro de 2001 (Brasil, 2001). Esta vem substituir diversas portarias da década de noventa que regulamentam serviços de hospital-dia em áreas específicas – uma normatização relativamente recente. Nela, define-se como Regime de Hospital-dia a assistência intermedicária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na Unidade por um período máximo de 12 horas. Portanto o regime pressupõe uma unidade com funcionamento sem pernoite ou regime de internação.

A quantidade de estabelecimentos cadastrados segundo região está apresentada na tabela 01. Observa-se crescimento desta modalidade em todas as regiões na comparação entre os períodos analisados. Ressalta-se o crescimento na região sudeste de aproximadamente 20%. Pode-se perceber a concentração desta modalidade na região sudeste, a qual contém 43% das unidades quando comparada com o Brasil, em dezembro de 2008.

Tabela 01 - Distribuição do número de estabelecimentos cadastrados como Hospital-dia segundo regiões selecionadas - Brasil 2006 e 2008

Qtde de HDs	2006/ Dez	2008/ Dez	Variação	Representativi dade Brasil
Reg. Metrop. de SP	23	24	4,3	6,8
Estado de SP	79	89	12,7	25,1
Região Sudeste	128	154	20,3	43,4
Brasil	314	355	13,1	100,0

Fonte: CNES, DATASUS (cnes.datasus.gov.br)

A tabela 02 evidencia o número de estabelecimentos cadastrados como Hospital-dia, por tipo de prestador (público, filantrópico e privado) e região selecionada. Entre os períodos de dezembro de 2006 e dezembro de 2008 observa-se crescimento principalmente dos estabelecimentos de Hospital-dia privados. O número de prestadores públicos decaiu e o número de prestadores privados se elevou em todas as áreas observadas, sendo que o maior incremento ocorreu nas custas do Estado de São Paulo, o qual contribuiu com 48% da variação na região Sudeste.

Tabela 02 - Distribuição do número de estabelecimentos cadastrados como Hospital-dia segundo tipo de prestador e regiões selecionadas - Brasil - 2006 e 2008

Regiões	Reg. Metrop. De SP			Estado de SP			Região Sudeste			Brasil		
	2006/Dez	2008/Dez	Variação (%)	2006/Dez	2008/Dez	Variação (%)	2006/Dez	2008/Dez	Variação (%)	2006/Dez	2008/Dez	Variação (%)
Privado	21	22	4,8	60	73	21,7	103	130	26,2	252	305	21,0
Público	2	1	-50,0	17	13	-23,5	22	19	-13,6	57	43	-24,6
Filantropico	0	1	-	2	3	50,0	3	5	66,7	5	7	40,0
Total	23	24	4,3	79	89	12,7	128	154	20,3	314	355	13,1

Fonte: CNES, DATASUS (cnes.datasus.gov.br)

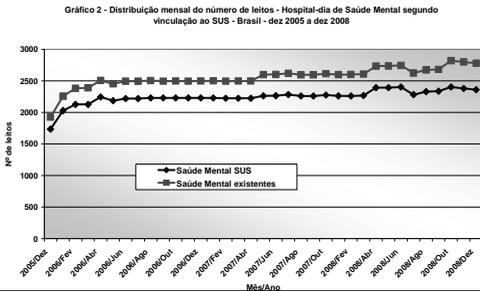
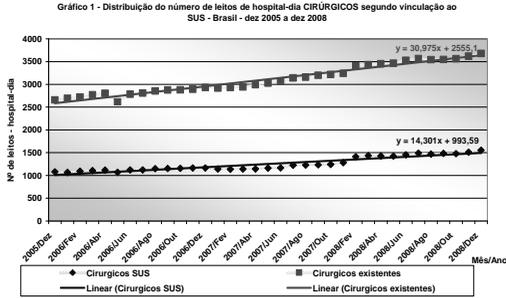


Tabela 03 - Distribuição do número de leitos de hospital-dia segundo especialidade e regiões selecionadas - Brasil - dez 2008

Especialidade	Região			Estado de SP		
	Reg. Metrop. de SP					
	Existentes	SUS	%SUS	Existentes	SUS	%SUS
Cirurgicos	672	272	40,5	1189	445	37,4
Saúde Mental	380	271	71,3	713	594	83,3
AIDS	77	77	100,0	198	196	99,0
Geriatria	59	4	6,8	59	4	6,8
Intercorrência Pós-Transplante	10	4	40,0	38	31	81,6
Fibrose Cística	1	1	100,0	1	1	100,0
Total	1199	629	52,5	2198	1271	57,8

Fonte: CNES, DATASUS (cnes.datasus.gov.br)

Tabela 03 - Distribuição do número de leitos de hospital-dia segundo especialidade e regiões selecionadas - Brasil - dez 2008 (cont.)

Especialidade	Região			Brasil		
	Região SE					
	Existentes	SUS	%SUS	Existentes	SUS	%SUS
Cirurgicos	2455	999	40,7	3680	1554	42,2
Saúde Mental	994	873	87,8	2780	2361	84,9
AIDS	333	331	99,4	632	625	98,9
Geriatria	130	12	9,2	174	50	28,7
Intercorrência Pós-Transplante	49	42	85,7	140	113	80,7
Fibrose Cística	2	2	100,0	11	9	81,8
Total	3963	2259	57,0	7417	4712	63,5

Fonte: CNES, DATASUS (cnes.datasus.gov.br)

estabelecimentos habilitados como Hospital-dia nas regiões selecionadas. Isso significa que ao serem habilitados como Hospital-dia, estão de acordo com as regulamentações estipuladas pelo SUS e recebem mais adequadamente pelos procedimentos realizados nesta modalidade assistencial.

A Tabela 03 discrimina, por especialidade (Cirurgicos, Saúde Mental, AIDS, Geriatria, Intercorrências Pós-Transplante e Fibrose Cística), os leitos de Hospital-dia existentes nas áreas geográficas selecionadas em dezembro de 2008 e vinculação ao SUS. Os leitos cirúrgicos e os voltados a Saúde Mental são mais numerosos nas quatro áreas geográficas. O gráfico 1 evidencia o crescimento dos leitos de hospital-dia para procedimentos cirúrgicos com tendência linear mais acentuada para os leitos existentes. Ainda que se observe crescimento nos leitos vinculados ao SUS o incremento no não SUS é maior.

Para saúde mental (gráfico 2) também se observa crescimento porém muito menor e de forma mais lenta ao longo do período. Os leitos de hospital-dia vinculados ao SUS representam cerca de 85% dos existentes.

Os leitos de hospital-dia segundo vinculação ao SUS e especialidade estão apresentados na tabela 3 segundo região selecionada.

Observa-se concentração dos estabelecimentos na Região Sudeste, os quais representam 54,3% dos existentes no Brasil. Em relação às especialidades, AIDS, intercorrências pós-transplantes e fibrose cística são serviços quase que exclusivamente oferecidos pelo SUS. Os estabelecimentos não vinculados ao SUS têm predominância no atendimento de cirurgia e geriatria. Em relação à geriatria o crescimento desta modalidade de assistência não vinculado ao SUS, ainda que o número de unidades seja pequeno é significativo (gráfico 3). Para os serviços de saúde mental a predominância do SUS é aproximadamente 85%, mas na região metropolitana de São Paulo observa-se a menor proporção com 71% dos serviços vinculados ao SUS.

A tabela 04 refere-se à quantidade de

Observa-se em todas as regiões selecionadas, incremento no número de estabelecimentos habilitados com destaque para o Estado de SP como aumento de 88,9%. Entre todos os estabelecimentos habilitados como Hospital-dia no Brasil, 52,7% encontram-se neste Estado.

Tabela 04 - Distribuição do número de estabelecimentos de Hospital-dia habilitados segundo regiões selecionadas - Brasil - 2007 e 2008

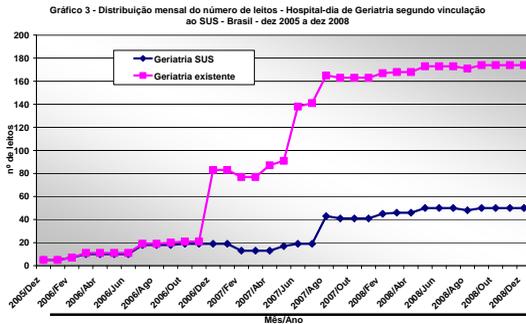
Região	2007/Mar	2008/Dez	Variação	Representatividade no Brasil
Reg. Metrop. de SP	10	10	0,0	7,8
Estado de SP	36	68	88,9	52,7
Região Sudeste	44	79	79,5	61,2
Brasil	106	129	21,7	100,0

Fonte: CNES, DATASUS (cnes.datasus.gov.br)

Paulo que contribuiu com o intenso crescimento da região sudeste.

Conclusão e considerações finais

Nos últimos três anos a modalidade hospital-dia cresceu de importância em relação ao número de estabelecimentos cadastrados, em relação aos leitos disponíveis, e no que tange aos serviços habilitados. O crescimento foi observado em todas as regiões selecionadas mas os serviços não vinculados ao SUS cresceram de forma mais expressiva nos procedimentos cirúrgicos e em geriatria. Faz-se necessário identificar qual o impacto na



O número de estabelecimentos habilitados como Hospital-dia, por tipo de prestador (público, filantrópico e privado), e região selecionada está apresentada na tabela 5. Entre os períodos analisados observa-se crescimento do número de estabelecimentos habilitados da ordem de 22% aproximadamente. O número de prestadores públicos habilitados decaiu e o número de prestadores privados se elevou em todas as áreas, exceto Região Metropolitana de SP. Ressalte-se o crescimento no Estado de São

Paulo que podem evidenciar impacto econômico não estão acessíveis no setor não vinculado ao SUS, o que limita a interpretação dos resultados na perspectiva de custo. A valorização desta modalidade assistencial no setor público e privado contribui para aumentar o acesso dos pacientes a procedimentos cirúrgicos de menor complexidade e potencialmente com menores riscos de exposição a internação hospitalar e eventuais complicações.

Tabela 05 - Número de Estabelecimentos habilitados como Hospital-dia segundo tipo de Prestador -Regiões selecionadas - Brasil - 2007 e 2008

Região	Reg. Metrop. SP			Estado SP			Região Sudeste			Brasil		
	2007/Mar	2008/Dez	Variação (%)	2007/Mar	2008/Dez	Variação (%)	2007/Mar	2008/Dez	Variação (%)	2007/Mar	2008/Dez	Variação (%)
Público	7	7	0	26	25	-3,8	29	27	-6,9	60	45	-25,0
Filantrópico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-100,0
Privado	3	3	0	10	43	330,0	15	52	246,7	45	84	86,7
Total	10	10	0	36	68	88,9	44	79	79,5	106	129	21,7

Fonte: CNES, DATASUS (cnes.datasus.gov.br)

Referências:

- Brasil, 2008. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) 2008.
- Brasil (a), 2009. www.datasus.gov.br acessado em 18/02/2009.
- Brasil (b), 2009. www.datasus.gov.br/cnes acessado em 20/02/2009.
- Brasil, 2001 http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-044.htm
- Flório MCS, Galvão CM. Implantação de um Serviço de Cirurgia Ambulatorial: o Papel da Enfermagem nesse Cenário. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.6 no.5 Ribeirão Preto Dec. 1998.
- Pinto TV, Araújo IEM, Gallani MCBJ. Enfermagem em cirurgia ambulatorial de um hospital escola: clientela, procedimentos e necessidades biológicas e psicossociais. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2005.

T00132 - GERENCIAMENTO DE CASOS: NOVA ESTRATÉGIA ADOTADA PELA REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SÃO PAULO.

Autor: MARIA APARECIDA ORSINI DE CARVALHO FERNANDES; Co-autores: CASSIA MANSUR HADDAD DE OLIVEIRA SANTOS; JAIR DA COSTA MATOS

Resumo

Os autores relatam o processo de gerenciamento de casos de gestantes com um ou mais fatores de risco, desenvolvido pelo programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Descrevem os resultados e apresentam as sugestões de expansão e aprimoramento.

Introdução

A Rede de Proteção à Mãe Paulistana, programa criado em março de 2006, tem por finalidade aprimorar a atenção à saúde materna e infantil, regulando e acompanhando de forma permanente e contínua a atenção prestada à mãe e à criança até um ano de vida. Desenvolve ações de monitoramento que proporcionam a detecção e a prevenção de fatores condicionantes e determinantes da saúde da mãe e da criança, individual ou coletivamente, favorecendo a adoção de medidas preventivas. É um programa de observação da linha de atenção da mulher no ciclo gravídico puerperal e da criança até um ano de vida. A Rede de Proteção à Mãe Paulistana compartilha as informações e análises com os demais programas de sua área de influência, promovendo a integração da atenção à mulher e à criança. O estudo descreve ações de monitoramento e de gerenciamento de casos de gestantes com fatores de risco, confirmando a necessidade de informações suficientes sobre o processo assistencial e da disponibilização e utilização dessas informações de forma descentralizada para garantir o acompanhamento e a qualidade da atenção à saúde.

Justificativa

As principais causas de mortalidade materna e infantil são consequência de fatores clínicos e assistenciais, especialmente relacionados com a organização e acesso aos serviços de saúde, com a informação e com os vínculos entre profissionais, instituições e usuários. A falta de comunicação, a insuficiência do diagnóstico precoce do risco, a insegurança das referências e a falta de recursos direcionados para o alto risco são situações de risco à saúde da mãe e da criança. Sobretudo é importante ressaltar o que está bem estabelecido na literatura: os bons resultados na gestação e no nascimento estão associados ao prenatal adequado, com seus procedimentos rotineiros e básicos.

Nesse sentido, o acompanhamento permanente e contínuo da atenção à saúde da mulher e da criança é indispensável para garantir o cuidado adequado e a consequente redução de riscos e prevenção de doenças. O programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana vem desenvolvendo desde sua criação, as condições e os mecanismos necessários para gerenciar os casos específicos de gravidez de alto risco, iniciando o gerenciamento em outubro de 2008. Os resultados já mostram a importância da qualidade dos registros e das informações para assegurar a proteção do paciente. Ao realizar o monitoramento e compartilhar os resultados com os demais programas de saúde a Rede de Proteção à Mãe Paulistana promove o alinhamento das práticas com os paradigmas da atenção materna e infantil, confirma o programa como modelo integrativo e como agente de aprendizado e aperfeiçoamento. Novas ferramentas estão em processo de desenvolvimento para a expansão do monitoramento e gerenciamento de casos com os demais fatores de risco e de agravos específicos dessa linha de atenção.

Metodologia

A partir de março de 2006 com a finalidade de reduzir a morbidade e mortalidade materna e infantil, foram realizadas diversas ações para obtenção de condições necessárias para o monitoramento e gerenciamento de casos específicos de risco e de agravos, bem como assegurar a realização dos procedimentos rotineiros e básicos na gestação e no nascimento, acompanhando a criança até um ano de idade.

- 1- Foi realizado diagnóstico situacional das condições de informatização e de registros da rede de serviços;
- 2- Foi elaborado um prontuário específico para a gestação, parto e puerpério;
- 3- Foi elaborada uma "ficha eletrônica" no SIGA, sistema lógico da SMS, compatível com os dados do prontuário;
- 4- A "ficha eletrônica" contém os dados suficientes para a seleção e gerenciamento de casos com um ou mais fatores de risco;
- 5- Foram realizados treinamentos para as equipes de todas as Unidades Básicas de Saúde para a implantação do prontuário;
- 6- Foram realizados treinamentos dos funcionários responsáveis pelo SIGA de todas as Unidades Básicas para a implantação da "ficha eletrônica";
- 7- Foram realizados treinamentos e oficinas de trabalho com supervisores regionais para a implantação das novas ferramentas e dos novos fluxos de documentos e informações;
- 8- No segundo semestre de 2008 com a implantação do sistema de informação e da "ficha eletrônica" em 100% das unidades de saúde, foi iniciado o treinamento para a equipe de gerenciamento de casos que atua no núcleo do programa;
- 9- A partir de outubro de 2008 foi iniciado o gerenciamento de casos de gestantes com um ou mais fatores de risco;
- 10- Os casos são selecionados no SIGA considerando os dados de Idade, Pressão Arterial e antecedentes obstétricos: Abortos, Natimortos e Cesáreas anteriores;
- 11- Os casos selecionados são contatados por telefone ou por meio de visita domiciliar em situações de maior gravidade;
- 12- No contato com a gestante o técnico procura saber sobre a frequência no prenatal, exames realizados, intercorrências e dificuldades;
- 13- Os problemas detectados são notificados para as Unidades Básicas de Saúde;
- 14- A Unidade Básica informa sobre as medidas adotadas e o programa acompanha a solução dos problemas apresentados pelas gestantes.

Resultados

São cadastradas em média 9.000 gestantes a cada mês no programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Foram selecionados 3.639 gestantes cadastradas no período de outubro de 2008 a janeiro de 2009, e que apresentavam um ou mais fatores de risco: Idade maior que 40 anos e idade menor que 14 anos, Hipertensão Arterial e antecedentes de mais de 3 abortamentos, mais de três cesarianas e mais de dois natimortos.

1-A distribuição dos casos por fator de risco mostrou que o mais freqüente é a ocorrência de Hipertensão Arterial com 1.047 casos (28,7%), seguido de idade acima de 40 anos em 957 casos (26,3%). Foram 571 (15,7%) casos com antecedentes de mais de dois natimortos e 509 casos (14%) com menos de 14 anos. Os Casos com antecedentes de cesárea anterior foram 295 (8,1%) e 260 casos (7,2%) com mais de três abortamentos.

2-Do total de gestantes selecionadas, 1.917 casos (52,6%) foram encontradas, contatadas por telefone e receberam algum tipo de orientação ou de intervenção para solucionar problemas.

3-A distribuição dos casos selecionados por região mostrou em todos os grupos de fatores de risco, o maior percentual na região Leste (29,7%) seguida da região Sul (23,2%). Apenas no grupo de gestantes com Hipertensão Arterial a região Norte ficou em segundo lugar com 24,5% dos casos.

4-Em 1922 casos (47,4%) de gestantes selecionadas não foi possível estabelecer contato ou não foi encontrada. O principal motivo foi erro nos registros cadastrais ou falta de registros.

5-No grupo de adolescentes houve o maior número de casos não encontrados, falta ou erro de registros: não foi possível encontrar 62,5% dos casos selecionados com idade abaixo de 14 anos.

6- Os outros grupos com maior dificuldade de contatos foram aqueles com referência a abortos (56,5% sem contato) e antecedentes de natimortos (51% sem contato).

7-O grupo que apresentou a maior frequência de contatos foi o grupo de gestantes com hipertensão arterial: 69% dos casos foram encontrados e contatados.

8- Todos os casos são notificados às UBS com solicitação de correção de dados e informações adicionais, marcação de consultas, realização de exames e, se for o caso, de visita domiciliar para prosseguir o acompanhamento dos casos.

9- O estudo mostrou a necessidade de redimensionar e aperfeiçoar a rede de referências para o alto risco, considerando as demandas regionais identificadas e implantar a "ficha eletrônica" nos ambulatórios de alto risco e hospitais.

Conclusões:

A identificação dos casos com algum fator de risco potencial permite ações preventivas e uma gestão proativa da saúde. O monitoramento da assistência subsidia o planejamento das ações e serviços de saúde de forma dinâmica, acompanhando tempestivamente a necessidade de recursos.

O gerenciamento dos casos específicos de risco assegura o acesso a recursos mais adequados e promove a comunicação contínua entre os profissionais de saúde, instituições e usuárias.

As ações de maior risco potencial o programa fortalece o atendimento básico.

Ao identificar as falhas na assistência e atuar de forma compartilhada com os setores responsáveis, o programa integra e promove qualidade.

O gerenciamento de casos traz a usuária para o programa como uma parceira no cuidado com sua saúde. Cria vínculos. Contribui para uma gestão da saúde pró-ativa, flexível, humanizada, com novos conceitos e soluções mais adequadas para seus usuários, como é o caso da gestante e do recém nascido, que certamente tem necessidades específicas.

A Rede de proteção à Mãe Paulistana é um instrumento da gestão da saúde e no presente estudo mostrou a importância do monitoramento de casos para a melhoria do atendimento.

T00139 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL NA DIFUSÃO DE CONHECIMENTO DE PRÁTICAS DE GESTÃO HOSPITALAR

Autor: FRANCISCO JOSÉ ARACÃO PEDROZA CUNHA; Co-autor: VERA LÚCIA PEIXOTO S.MENDES

Palavras-Chave: Sistemas de Informação; Redes de Inovação e Aprendizagem.

Introdução

O Século XXI iniciou marcado por intensivas e ininterruptas inovações tecnológicas em vários segmentos, inclusive nos serviços de saúde. No entanto, na gestão destas organizações, o processo de inovação e de aprendizagem, particularmente no Brasil, não é observado, sobretudo no que se refere às práticas de gestão, que pouco evoluíram na direção das organizações de aprendizagem e da utilização da telemática.

Este trabalho objetiva analisar a experiência de desenvolvimento e implantação do Sistema de Informação Gerencial (SIG) como instrumento capaz de fornecer subsídios para geração de conhecimento e tomada de decisão dos gerentes que fazem parte de uma Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH), à luz do referencial das teorias da comunicação associado aos conceitos de redes de organizações e do e-Health.

Administrar é uma atividade que exige expertise para lidar com a gestão da informação (CHOO, 2003). Uma unidade prestadora de serviços de saúde é um ambiente complexo e mutável, inserido em um ambiente de economia global, no qual as idéias se dissolvem no tempo e no espaço, caso não estejam estruturadas em redes e organizadas em sistemas de informação que permitam a tomada de decisão em tempo real para o gerenciamento da rotina e para geração de conhecimentos.

Com o crescimento acelerado de novas tecnologias, o setor saúde está cada vez mais inserido na dinâmica competitiva de mercado, não se diferenciando significativamente, nas questões afetas à competitividade, dos demais setores da economia. Embora, diferencie-se por suas especificidades e missão (garantia da assistência e da promoção da saúde da população).

No Brasil, os serviços de saúde estão inseridos em um cenário caracterizado por: financiamento realizado por poucos clientes particulares, muitos conveniados como as organizações tomadoras de serviços, tais como: as seguradoras de saúde e, a maioria atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS); existência de marco regulatório para o setor com marcante atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde (ANS), além de Normas Operacionais de Assistência à Saúde e dos pactos de gestão que vem cada vez mais se aperfeiçoando; atividades hierarquicamente organizadas e descentralizadas por meio das esferas federal, estadual e municipal; permeabilidade para novas e complexas tecnologias de informação e comunicação; os locais, nos quais, são oferecidos e praticados os serviços acumulam informações capazes de gerar conhecimento; estruturação na forma de uma rede de serviços de atenção à saúde, organizada em territórios, seja atendendo a oferta programada ou a demanda espontânea; ofertada pela rede de prestadores, por determinação constitucional, de serviços de assistência médica continuada e integral, concentrando grande quantidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio; existência de instrumentos de gestão tais como Agenda de Saúde, na qual são definidas as prioridades considerando o perfil de morbimortalidade do território Brasileiro; Planos de Saúde, elaborados de forma ascendente, pactos e relatórios de Gestão, além do Fundo Municipal

ou Estadual de Saúde; organização dos serviços de modo a atender a população adscrita, funcionando o sistema de referência e contra-referência; avaliação dos resultados de suas ações sobre a população de referência e de acordo com padrões definidos pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Vigilância à Saúde (ANVISA); estímulo governamental à participação cidadã na gestão dos serviços, (Lei 8142/90), formação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde com participação paritária de funcionários, prestadores e usuários.

Nesse cenário, as Tecnologias da Informação e do Conhecimento, tais como os produtos e serviços informacionais precisam ser incorporadas na cultura organizacional das organizações prestadoras de serviços de saúde. Por produtos e serviços informacionais em saúde entendem-se: arquivos, Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Sistemas de Informações, e-Health, dentre outros.

Neste artigo, focado no Sistema de Informação Gerencial (SIG) para a Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH/ Bahia, parte do pressuposto que o uso efetivo dessa tecnologia de gestão possibilita a construção e geração de conhecimento, incrementando o processo de aprendizagem e inovação. Por conseguinte, o de gestão, em particular, o de administração dos serviços desta natureza.

Justificativa

Estudo realizado por Cunha (2005) em hospitais baianos revela que estes ainda não incorporaram totalmente Sistemas de Informação integrados de modo a incrementar as práticas gerenciais mais usuais, como o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados.

O governo brasileiro e as organizações da sociedade civil vêm buscando mapear e difundir práticas gerenciais inovadoras. Estas práticas são definidas como modificações desencadeadas pelo governo e empreendidas por organizações deste setor, que possibilitem o desenvolvimento de relações transformadoras entre os sujeitos envolvidos na produção e no consumo dos serviços (MENDES, 2000).

Dentre as iniciativas para estimular o uso de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) está a criação da Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar Bahia (Rede InovarH-Ba), implantada em 2006, a partir da iniciativa conjunta entre Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde e Centros Universitários, com a finalidade de promover suporte gerencial aos estabelecimentos de saúde. O seu objetivo é fomentar a integração desses serviços e subsidiar o gerenciamento de sistemas complexos, como o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do uso das TIC.

Nessa rede, todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos conveniados com o SUS podem participar, a partir do interesse em desenvolver práticas inovadoras de gestão. A Rede InovarH-Ba é financiada pelo Ministério da Saúde, por meio de Carta Acordo entre a Fundação Escola de Administração (FEA) da Universidade Federal da Bahia e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e tem como missão apoiar o desenvolvimento e a difusão de práticas inovadoras de gestão e aprendizagem em organizações hospitalares, fortalecendo a colaboração inter-organizacional entre os Serviços de Saúde do SUS no Estado da Bahia. A experiência da Escola de Administração da UFBA na temática de Redes de Aprendizagem possibilita o desenvolvimento e a padronização de um conjunto de ações com foco na inovação e aprendizagem em articulação de redes colaborativas com foco na gestão destes serviços.

Os objetivos do desenvolvimento e implantação do SIG são: identificar, por meio do SIG no portal da Rede InovarH-Ba (www.inovarh.ufba.br), as melhores práticas de gestão com vistas à implantação da avaliação de benchmark, elevando a qualidade da assistência e reduzindo os custos; convergir dados e informações para compor gráficos e relatórios gerenciais com vistas à tomada de decisões gerenciais em tempo real; propiciar um ambiente adequado para monitorar a qualidade do processo e do atendimento ao paciente; construir uma série histórica com grupo de indicadores gerenciais em um único Banco de Dados para comparar o desempenho dos hospitais; avaliar o gerenciamento dos hospitais integrantes da Rede InovarH-Ba; garantir a qualidade e a credibilidade das informações; auxiliar no Planejamento Estratégico, fornecendo subsídios para Avaliação; fomentar o desenvolvimento de uma Cultura Organizacional que facilite a produção de informações para gerar conhecimento.

Métodos

A metodologia de desenvolvimento do SIG requer uma solução composta por cinco módulos integrados, com o objetivo de oferecer aos seus usuários um ambiente completo para implementação de projetos sofisticados de Business Intelligence, acompanhamento do Desempenho Corporativo através de KPI (Key Performance Indicators), carregamento e gerenciamento do Planejamento Estratégico das organizações. Tais módulos são: 1 Framework; 2 Planejamento Estratégico; 3 Desempenho; 4 Análise de Dados; 5 Árvores de Decisão.

A metodologia adotada exige ainda serviços de implementação do SIG, tais como:

a) Diagnóstico de requisitos quando a equipe de atendimento e engenharia da empresa que desenvolveu SIG, após visitas, entrevistas e reuniões, elaborou o perfil do estado tecnológico em que se encontra a Rede InovarH-Ba para emissão de um diagnóstico e uma estimativa do trabalho composto das seguintes fases: I Montagem do Amazém de Dados (Datawarehouse) : durante a o levantamento de requisitos é feito um levantamento de escopo e de sistemas operacionais legados, entre os quais o Framework, estabelecendo conexão para extração dos dados. Nesta fase dá-se a transferência, limpeza e transformação dos dados do sistema de origem para o banco de dados. II Configuração / Customização: construção do pacote analítico com a implementação das regras de negócios específicos para cada cliente, incluindo a definição das Áreas de Análises, indicadores, Dashboards Corporativos, Scorecards, Relatórios, Gráficos, OLAP, Painéis Comparativos, Planejamento Estratégico entre outros serviços. III. Implantação / Instalação que corresponde a instalação propriamente dita da solução. Após a definição dos servidores nos quais foram instalados os softwares, a equipe técnica fez o "Start Up" inicial e ajustou as configurações e performance dos módulos.

IV. Treinamento de Usuários nos hospitais, feito nas dependências físicas do cliente, utilizando-se uma cópia de sua própria base de dados.

Sumarizando, a seguir relacionados os elementos que compõem o escopo da metodologia: desenvolvimento da camada analítica (análises, indicadores e relatórios) da solução para a Rede InovarH-Ba); desenvolvimento da camada de integração de dados com hospitais da Rede; disponibilização do portal gerencial; operação e manutenção do portal; documentação e treinamento/seminário sobre a utilização do portal.

Para implantação do SIG nos hospitais tem sido feitas articulações com os núcleos de Epidemiologia dos hospitais e realizado treinamentos com 126 gestores que cursam a Especialização em Gestão Hospitalar para o SUS, realizado pela UFBA, no sentido de sensibilizá-los quanto a importância do uso do sistema.

Resultados

O sistema de indicadores gerenciais da Rede InovarH-Ba articula o desenvolvimento e a aplicação de dados e informações administrativas, financeiras e assistenciais dos hospitais integrantes da Rede, viabilizando o processo administrativo e assistencial. Esses indicadores contemplam o suporte técnico gerencial aos estabelecimentos de saúde do Estado da Bahia por meio do site desta Rede, com a finalidade de subsidiar o cumprimento da sua Missão.

Para a definição dos indicadores foram realizadas oficinas de consenso (SOUZA, SILVA e HARTZ, 2005) com experts na metodologia e representantes dos hospitais integrantes da Rede com a finalidade de identificar as necessidades informacionais (indicadores e suas respectivas variáveis) dos diversos setores dos hospitais; aquisição, organização e armazenamento das informações; os produtos e serviços de informações; a distribuição e uso das informações entre os atores com fins de gerar conhecimento.

Os indicadores são instrumentos de apoio decisório para o conhecimento e gestão (planejamento, organização, monitoramento, avaliação e governança). Estes, por sua vez, no âmbito da Rede InovarH, são voltados para as decisões que norteiam os rumos da realidade dos hospitais integrantes da Rede, com foco no Planejamento Estratégico e no Benchmark.

Estes indicadores agregam e subsidiam a competência dos diversos atores (individuais e organizacionais) dos hospitais integrantes, com foco na avaliação gerencial; monitoram a execução das tarefas e relacionamentos essenciais ao funcionamento desses hospitais, a partir do acompanhamento das práticas de gestão mais relevantes, no compartilhamento das experiências exitosas e do processo de aprendizagem em gestão hospitalar.

O conjunto dos indicadores, definidos nas oficinas de consenso, contempla cinco grupos, distribuídos em: 1) Gerais de Desempenho; 2) Específicos de Desempenho; 3) Administrativos (Área de Apoio, Materiais e Recursos Humanos); 4) Econômico-financeiros; 5) Mercado.

Assim, o projeto que ora está em desenvolvimento e implantação possibilitará monitorar e avaliar esse conjunto de Indicadores, por meio do SIG único, utilizado pelos hospitais participantes da Rede InovarH-Ba. Destaca-se, ainda que a associação dos indicadores ao nível de adoção e abrangência das práticas nos hospitais permitirá o relacionamento entre conduta e desempenho, criando um espaço para a aprendizagem no âmbito da Rede. Os resultados esperados a partir da operacionalização do SIG são os seguintes: possibilitar o acesso aos indicadores dos Hospitais participantes da Rede InovarH-Ba; fomentar a modernização do banco de dados desses hospitais; promover decisões gerenciais tomadas com base em informações; implementar o uso do ambiente WEB entre os hospitais, a partir da difusão e compartilhamento de conhecimentos científicos e tecnológicos em gestão hospitalar.

Conclusões

As organizações prestadoras de serviços de saúde possuem diferentes especificidades e graus de complexidade, que geram problemas de comunicação e coordenação, que podem ser solucionados pela gestão integrada em Redes Colaborativas. Tais Redes são entendidas como uma tecnologia de gestão inovadora, na medida em que possibilitam a aprendizagem, a construção e a geração de conhecimento, incrementando o processo de inovação e, por conseguinte, a performance da gestão hospitalar. Nesta perspectiva, o desenvolvimento e implantação do SIG viabilizam o processo de aprendizagem e geração de conhecimento.

O processo de aprendizagem organizacional exige mudanças comportamentais de indivíduos e organizações. No que se refere aos indivíduos, isso se verifica a partir da aquisição contínua de conhecimentos sobre si e sobre o meio no qual desenvolvem as suas atividades; quanto às organizações, tal fenômeno demanda a construção e o desenvolvimento constante da interação entre pessoas, grupos internos da organização e entre organizações (VASCONELOS; MASCARENHAS, 2007).

A interação, por sua vez, caracteriza o desenvolvimento de competências individuais e organizacionais, a partir da influência mútua e criativa das pessoas, com o propósito de encontrar soluções para os problemas existentes nos processos de trabalho, para distinguir oportunidades para a organização e, conseqüentemente, para o setor no qual esta se insere.

As inovações gerenciais visam ao desenvolvimento de novos serviços, modificando ou introduzindo melhorias contínuas nos métodos de gestão da assistência e administração da produção de serviços complementares às atividades-fins. Assim, adaptar as tecnologias desenvolvidas por outros setores às necessidades dos serviços de saúde e melhorar o desempenho das técnicas existentes constitui um desafio presente às práticas gerenciais atuais, no cenário da globalização, da sociedade em rede, do aprendizado, do conhecimento e da informação (MENDES; CUNHA, 2007).

Conforme Cunha (2005), essas práticas devem ser subsidiadas por meio do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC's), que representam uma transição entre o raciocínio analógico e o digital, afetando radicalmente as relações sociais e de trabalho, o que fundamenta o princípio da Sociedade em Rede.

As TIC's, como instrumentos de gestão, podem ser associadas a telemática, que compreende o enlace de tecnologias de informação e as redes de comunicação (humanas, automatizadas e virtuais). Assim, os processamentos eletrônicos de dados e informações tornam-se potentes instrumentos para a gestão, exercendo as funções de força produtiva e de ferramenta de monitoramento e avaliação, voltada à geração de conhecimento e aprendizagem.

Um traço peculiar ao momento contemporâneo é a ação de conhecimentos sobre os próprios conhecimentos, considerado o agente principal de produtividade. As diversas e velozes transformações efetivadas no modo de produção fazem o cidadão entender que a sobrevivência é sustentada por meio da informação e da tecnologia, que expressam e organizam as forças sociais dominantes num dado espaço (agrário, industrial e informacional) (CASTELLS, 1999).

Assim, a sociedade atual deverá vislumbrar a informação e o conhecimento como recursos estratégicos de intercâmbio entre os seres humanos e o seu habitat, que viabilizam os meios indispensáveis na definição de estratégias em relação ao seu destino e ao das organizações, de modo a subsidiarem as tomadas de decisões num ambiente complexo, global e turbulento. Esse ambiente, caracterizado pela forte concorrência e pela rapidez da mudança da tecnologia, influencia todo o sistema socioeconômico e o modo de vida dos cidadãos. Isso exige uma mudança cultural, com

as pessoas passando a tratar a informação como insumo estratégico, transformando-a em uma forma de obtenção de competitividade e de produtividade, por meio do conhecimento compartilhado e aplicado (CUNHA, 2005).

Dessa forma, ratifica-se o pensamento de que o cenário da sociedade em rede se edifica por meio da telemática, viabilizando a transformação dos fatos em informação. Com efeito, as organizações contemporâneas – inclusive os hospitais – garantem a sustentabilidade organizacional, tendo como recursos estratégicos a informação e as tecnologias de informação, propiciando a inovação.

A correta utilização de um SIG informatiza todas as operações dos serviços de saúde, integrando os processos internos aos agentes externos, como fornecedores e prestadores de serviços, principalmente o SUS. O desenvolvimento do SIG inicia-se com a implantação de equipamentos e a substituição dos procedimentos e rotinas manuais por procedimentos automáticos, até chegar à utilização de ferramentas que possibilitem maior controle gerencial, reduzindo erros e gerando resultados e recursos para tomadas de decisões. O uso efetivo dessa tecnologia de gestão possibilita a construção e geração de conhecimento, incrementando o processo de aprendizagem e inovação. Por conseguinte, o de gestão.

As TIC, tais como os produtos e serviços informacionais (como arquivos, Prontuário Eletrônico do Paciente - PEP, Sistemas de Informações e e-Health) , e a configuração de redes interorganizacionais, precisam ser incorporadas na cultura das organizações prestadoras de serviços de saúde. A constituição de redes interorganizacionais em saúde é concebida como uma ferramenta que viabiliza o processo de cooperação entre as organizações (MENDES; CUNHA, 2007). Essa cooperação é entendida no sentido da difusão de experiências em aprendizagem e inovação dos processos gerenciais em saúde, na qual a adoção do e-Health entre os atores desse segmento tem como objetivo “aprimorar de forma intensa a qualidade, o acesso e a eficiência do atendimento à saúde, bem como reduzir os custos dentro da cadeia de assistência à Saúde” (HUMMEL, 2006, p.87).

Considera-se e-Health todas as TICs voltadas ao setor saúde que, associadas às Redes Colaborativas ou Interorganizacionais, fomentam o processo de aprendizagem e inovação gerencial. Segundo Hastenreiter (2005), os estudos dessas redes estão em progressivo desenvolvimento como objetos das ciências gerenciais, instrumentos para o desenvolvimento da competitividade e sustentabilidade dos seus integrantes (DOYLE, 2000; RICHTER, 2000; MAJOR; CORDEY-HAYES, 1999).

A sociedade da informação demanda uma mudança de pensamento e, conseqüentemente, do modus operandis econômico do globo, com o objetivo de construir uma sociedade que propicie o bem-estar dos cidadãos, ratificando a concepção da materialização da comunicação associada à materialização de teorias, ideologias e sistemas (MATTELART, 2000). Isto posto, em consonância com a automatização da produção, modelos de regulação e flexibilização do mercado corroboram a condição da morfologia social em rede e, por conseguinte, a materialização de uma economia informacional (CASTELS, 1999). O aumento da capacidade comunicativa entre os sistemas vivos, poderá resultar em uma melhor organização entre a espécie e estabelecer a matriz mental necessária para o pensamento e o raciocínio. O processo de comunicação perpassa toda a fase da história humana e, na época atual, é evidenciada como um suporte para melhor estabelecer redes entre sistemas. Noção esta que cobre uma multidiscipinaridade de sentidos, considerada por Mattelart e Mattelart (2003) como “figura emblemática da sociedade do Terceiro Milênio”.

Referências

- CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede. 4 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CHOO, Chun Wei. A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: Editora Senac, 2003. CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. A gestão da informação nos hospitais: importância do prontuário eletrônico na integração de sistemas de informação em saúde. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação do Instituto de Ciência da Informação da UFBA. 226 f. Salvador: ICI/UFBA, 2005.
- DOYLE, Gerard M. Making networks work. Dublin: Skilnets Training Network Programme, 2000.
- HASTENREITER FILHO, Horácio Nelson. Acertos e desacertos dos principais programas de redes de cooperação interempresariais brasileiros. In: Gestão de redes de cooperação interempresariais: em busca de novos espaços para o aprendizado e a inovação. Org: Francisco Teixeira. Salvador: Casa da Qualidade, 2005.
- HUMMEL, Guilherme S. e-Health – o iluminismo digital chega a saúde: as tecnologias de informação e comunicação revolucionando o setor saúde. São Paulo: Editora STS, 2006.
- MAJOR, E. J.; CORDEY-HAYES, M. Engaging the business support network to give SMEs the benefit of foresight. Technovation, Essex GB, Elsevier Science Publishers, v.20, 1999.
- MARTELART, Armand. História da utopia planetária da cidade profética à sociedade global. Lisboa: Editora Bizâncio, 2000.
- MATTELART, Armand; MATTELART, Michèle. História das teorias da comunicação. Trad.: Luiz Paulo Rouanet. 6 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
- MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos; CUNHA, Francisco José Aragão Pedroza. Redes colaborativas de inovação e aprendizagem em gestão hospitalar. In: Anais do XII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santo Domingo, República Dominicana, 30 de oct. – 2 de nov. de 2007.
- RICHTER, F. J. Strategic networks: the art of japanese interfirm cooperation. New York: The Haworth Press, 2000.
- SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes de; SILVA, Lígia Maria Vieira da;
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Org.: Zulmira Maria de Araújo Hartz e Lígia Maria Vieira da Silva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Salvador: Editora: EDUFBA, 2005.
- VASCONCELOS, Isabela F. Gouveia de; MASCARENHAS, André Ofênem. Organizações em aprendizagem. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

Resumo

Este trabalho objetiva analisar a experiência de desenvolvimento e implantação do Sistema de Informação Gerencial (SIG) como instrumento para geração de conhecimento e tomada de decisão dos gerentes que fazem parte de uma Rede de InovarH/Ba, à luz do referencial das teorias da comunicação, dos conceitos de redes de organizações e do e-Health. É realizado estudo de caso de natureza qualitativa em trinta hospitais da Rede. Os resultados demonstram que embora os gestores não tenham internalizado a cultura da sociedade da informação, demonstram interesse em implantar as Tecnologias da Informação e Comunicação.

T00142 - MONITORAMENTO DO DESEMPENHO HOSPITALAR ATRAVÉS DE MODELOS PREDITIVOS DE RISCO PARA A MORTALIDADE HOSPITALAR NO SIH-SUS

Autor: ANDREA SILVEIRA GOMES; Co-autores: MARIZA MACHADO KLÜCK; JOÃO RIBOLDI; JANDYRA MARIA GUIMARÃES FACHEL

Resumo

É descrito o desenvolvimento de um modelo preditivo de probabilidade de risco para mortalidade hospitalar ajustado pelas características das internações a partir das AIHs do SIH-SUS do Rio Grande do Sul no ano de 2005. Calculou-se o Índice de Risco (IR), utilizado no cálculo dos óbitos esperados (E), que foram comparados aos óbitos observados (O). A partir da razão O/E foi obtido um ranking ajustado dos hospitais que foi comparado ao ranking bruto. Dos 208 hospitais analisados, a razão O/E mostrou 58 hospitais com mortalidade inferior ou igual à esperada e 40 com mortalidade significativamente superior à esperada. O IR pode ser empregado na análise de desempenho dos hospitais do SIH-SUS.

Palavras-chave: Mortalidade hospitalar. Modelo preditivo. Índice de Risco. Avaliação de serviços.

Introdução

A preocupação com a qualidade da assistência tem aumentado nas últimas décadas em todo o mundo. O aumento da demanda, aliado à escassez de recursos financeiros e ao desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias tem suscitado reflexões e pesquisas que busquem avaliar a assistência prestada em termos de custo-efetividade. Os estudos têm utilizado, na sua grande maioria, taxas de mortalidade hospitalar, que é um indicador tradicional de desempenho hospitalar. A análise comparativa de indicadores de desempenho pressupõe que as taxas de mortalidade sejam ajustadas às características dos pacientes. Muitos autores têm utilizado bases de dados administrativas para avaliar estabelecimentos de saúde, principalmente pelo baixo custo e fácil disponibilidade. Diversos estudos internacionais têm avaliado a eficiência dos serviços hospitalares de forma intensa e constante.

Justificativa

No Brasil os estudos ainda são poucos e a maioria tem avaliado diagnósticos específicos ou faixas-etárias específicas. O objetivo é desenvolver um modelo de probabilidade de óbito hospitalar e apresentar um índice de risco genérico ajustado para as características das internações para a comparação de desempenho entre os hospitais do SUS.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal com dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) do Rio Grande do Sul no ano de 2005. A AIH é o instrumento de informações e cobranças dos serviços prestados aos usuários do SUS e constitui um banco de dados informatizado, processado nacionalmente pelo DATASUS e disponibilizado na internet, portanto, de domínio público.

O banco de dados foi composto por 453.515 AIHs do tipo I, das especialidades de clínica médica e clínica cirúrgica. As demais especialidades, bem como as AIH do tipo 5, utilizadas para longa permanência e aquelas de pacientes com idade inferior a 18 anos foram excluídas da análise por possuírem baixas taxas de mortalidade e decorrente ausência de fatores de risco. O banco de dados foi dividido aleatoriamente em derivação (2/3 do total) e validação (1/3 do total), tendo sido realizada a modelagem no primeiro banco. A unidade de observação é a internação.

O modelo de regressão logística para a mortalidade hospitalar testou todas as variáveis disponíveis no banco de dados da AIH no ano de 2005. Foram incluídas no modelo as variáveis que apresentaram $p < 0,25$ na análise univariada. Na modelagem estatística, a permanência de cada variável no modelo foi baseada em questões teóricas e na razão de verossimilhança. O modelo de regressão logística, desenvolvido no banco de dados de derivação, foi avaliado no banco de dados de validação através da curva ROC e da acurácia. O modelo validado propiciou o desenvolvimento do Índice de Risco (IR), multiplicando-se os coeficientes (β) de cada variável do modelo por 10 e arredondados para o número inteiro mais próximo.

A partir do IR validado, calculou-se a probabilidade de óbitos para todas as internações do ano 2005 no banco de dados original. A seguir, procedeu-se o cálculo do valor esperado da ocorrência de óbito em cada instituição. A probabilidade de óbito de cada internação foi somada para cada hospital, dando origem ao número de óbitos esperados.

A razão O/E foi utilizada como um indicador do desempenho da instituição. Os intervalos de confiança da razão O/E foram calculados para os hospitais que possuam um número mínimo de 365 internações no ano de 2005. As razões O/E propiciaram um ordenamento ajustado dos estabelecimentos, que foi comparado ao ordenamento bruto, organizado a partir da taxa de mortalidade bruta. As análises a partir do ordenamento do ranking bruto e ajustado foram realizadas por grupos homogêneos de hospitais, estratificados de acordo com o porte.

Resultados

A taxa bruta de mortalidade para o conjunto dos hospitais foi de 6,3%. A média de idade foi 54,62 (DP=18,51). A mortalidade foi maior para os homens. As doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do sistema nervoso, do aparelho circulatório e respiratório e, ainda, diagnósticos informados como sinais e sintomas anormais foram os que apresentaram significativamente maior número de óbitos do que o esperado através do teste qui-quadrado. A especialidade clínica médica apresentou maior número de óbitos em comparação à especialidade cirurgia.

A Tabela 1 apresenta o modelo final e a pontuação dos indicadores para a construção do Índice de Risco.

O modelo de regressão logística para a amostra de derivação tem área sob curva ROC=0,781 (IC95%=0,778-0,784) e para o modelo de validação, a área sob curva ROC=0,780 (IC95%=0,775-0,785).

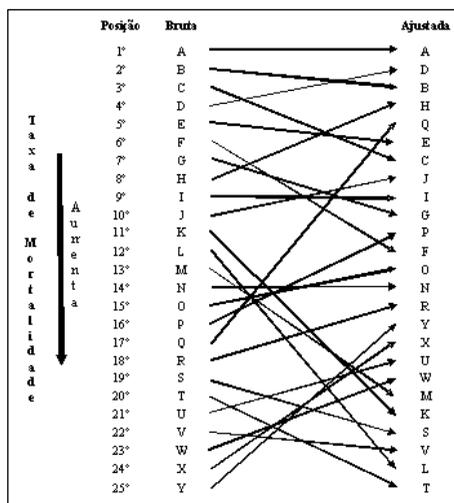
A razão O/E mostrou 58 hospitais com mortalidade inferior ou igual à esperada, 40 com mortalidade significativamente superior à esperada e 110 com razão O/E que não diferem significativamente de 1. Observou-se que a razão entre óbitos observados e esperados tende a aumentar conforme aumenta o porte do hospital.

Tabela 1 - Modelo final. AIH, RS, 2005.

Variável	Coefficiente β	OR	IC (95%)	Pontuação ^a
Sexo Masculino	0,15	1,17	(1,12-1,20)	2
Idade 40 a 59 anos	0,59	1,80	(1,69-1,91)	6
Idade 60 anos ou mais	1,41	4,09	(3,87-4,32)	14
CID-10 Cap.I - Infec/parasitárias	1,27	3,55	(3,34-3,76)	13
CID-10 Cap.II - Neoplasias	0,81	2,26	(2,14-2,38)	8
CID-10 Cap.VI - Sist. nervoso	0,96	2,61	(2,38-2,86)	10
CID-10 Cap.IX - Ap. circulatório	0,07	1,07	(1,01-1,11)	1
CID-10 Cap.X - Ap. respiratório	0,59	1,81	(1,72-1,89)	6
CID-10 Cap.XVIII - Sinais/sint. anormais	1,22	3,39	(3,05-3,75)	12
Tipo de internação: Emergência	0,94	2,56	(2,40-2,73)	9
Uso de UTI: 1 a 2 dias	2,13	8,41	(7,96-8,88)	21
Uso de UTI: 3 a 7 dias	1,74	5,72	(5,42-6,02)	17
Uso de UTI: 8 ou mais dias	2,27	9,64	(9,01-10,3)	23

^a Pontuação para o Índice de Risco.

A Figura 1 apresenta exemplo de comparação entre a classificação bruta e a classificação ajustada pela característica da internação mostrando os resultados dos 25 hospitais de grande porte. Os hospitais de grande porte foram os que apresentaram, no conjunto, maior número de óbitos do que seriam esperados de acordo com as características das internações.



Uma linha ascendente mostra que o hospital, classificado apenas pela taxa de mortalidade, sem considerar as características da internação, melhora sua classificação no ranking quando ajustado pelo modelo preditivo de risco de mortalidade. A linha que decresce, mostra que a classificação piora quando o ajuste pelo modelo é considerado. Neste caso, o hospital estaria sendo equivocadamente considerado como um estabelecimento de bom desempenho.

Figura 1 – Classificação bruta e ajustada dos hospitais de grande porte (150 ou mais leitos). N=25. RS, 2005.

Conclusões

A principal conclusão deste estudo é que foi possível desenvolver um modelo preditivo de probabilidade de risco de óbito hospitalar a partir dos dados disponíveis no SIH-SUS. O Índice de Risco permitirá sua fácil aplicação na base de dados, a fim de calcular a probabilidade de óbito e assim obter a taxa ajustada de mortalidade, a ser usada como um indicador de desempenho. Esta metodologia é útil no monitoramento e rastreamento de hospitais com eventuais problemas de desempenho.

T00143- QUALISUS: UMA PRÁTICA DE GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DO RISCO

Autor: SANDRA ELY BARBOSA DE SOUZA; Co-autor: VERA LÚCIA PEIXOTO SANTOS MENDES

Palavras-Chave: classificação de risco. Emergência, Protocolo, enfermeira. QualISUS

Introdução

O QualISUS é um Programa de qualificação da atenção às urgências no Sistema Único de Saúde, que surge da necessidade de se estruturar a atenção à saúde nos serviços de urgência/emergência e inclui entre outras diretrizes, o acolhimento com dispositivos de classificação de risco.

O QualISUS foi instituído pela Portaria Ministerial No.3.125, de 7 de dezembro de 2006 e tem como diretrizes a estruturação dos serviços de urgência/emergência, incluindo serviços fixos, móvel e pré-hospitalar, implementação dos comitês de urgência municipais e regionais que terão como função a integração, pactuação e articulação com as centrais de regulação, estabelecimento de processos de trabalho que visem a otimização dos

recursos físicos, tecnológicos e financeiros, garantia de educação permanente para os trabalhadores que possibilitem práticas mais resolutivas e humanizadas, melhoria das condições tecnológicas e de ambiência com a finalidade primordial de diminuir as mortes evitáveis em situações de urgência/emergência¹.

Na tentativa de tornar o acesso mais humanizado e o atendimento aos usuários ser por grau de risco, as unidades de urgência/emergência utilizam uma das diretrizes trazidas pelo QualiSUS e pelo pela Política Nacional de Humanização que é o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

O ACCR é um processo de trabalho que consiste na priorização do atendimento por critério de gravidade ou grau de sofrimento e não mais por ordem de chegada e fundamenta-se na medicina por evidências. É realizado por enfermeira, que após avaliação criteriosa e mediante protocolos pré-estabelecidos define o grau de prioridade dos usuários, distanciando-se do conceito tradicional de triagem que por tal prática torna o processo excludente¹.

A Classificação de Risco obedece a quatro níveis representados pelas cores que, hierarquizadas do maior para o menor risco de morrer são: vermelho, amarelo, verde e azul. A cor vermelha se caracteriza como prioridade zero, quando o estado do paciente é classificado como uma emergência e, como tal necessita de atendimento imediato. O segundo nível é de cor amarela, que significa prioridade um, e o atendimento do usuário deve ser feito em, no máximo, quinze minutos. O terceiro nível é o de cor verde, no qual há prioridade, entretanto

não se configura como emergência ou urgência, porém deve ser atendido em no máximo 30 minutos, e finalmente o quarto nível, o azul, que se trata de uma consulta por ordem de chegada⁴.

Para cada nível de complexidade o usuário terá um local de atendimento específico, devidamente preparado com equipe de trabalho e tecnologia adequada às necessidades. Portanto, as unidades e urgência/emergência pactuadas com o Ministério da Saúde terão que, entre outras providências, adequar seu fluxo de forma a atender aos espaços preconizados por nível de gravidade que o Programa QualiSUS preconiza.

A classificação de risco, mesmo sendo ainda uma situação não vivenciada nas unidades de urgência/emergência dos hospitais sob gestão estadual, na Bahia, vem dos anos de 1898, quando já a enfermeira, em um hospital em Londres, mesmo sem ferramentas protocolares ou outro recurso tecnológico, recebia os usuários, ouvia sua queixa e os direcionava para o atendimento que ela avaliava como o mais indicado⁵.

Existem vários protocolos de classificação de risco no mundo, tais como o de Manchester, de Portugal, do Canadá, Australiano e dos Estados Unidos. No Brasil, o Ministério da Saúde ainda não adotou oficialmente um protocolo, mas é sabido que já existem dois sendo operacionalizados em hospitais públicos, respectivamente nos hospitais Odilon Behrens, em Belo Horizonte capital de Minas Gerais e Mario Gatti no município de Campinas, no estado de São Paulo, que são protocolos adaptados dos protocolos internacionais.

A operacionalização do Acolhimento com classificação de risco nas unidades de urgência/emergência garantem ao usuário o atendimento priorizado conforme gravidade e grau de sofrimento, reduzindo assim o número de usuários nas unidades de observação, uma vez que os casos serão direcionados imediatamente para os diferentes espaços já previamente estabelecidos, onde os usuários encontrarão os profissionais em melhores condições de saúde, face ao menor número de usuários no espaço, e com as condições tecnológicas adequadas às necessidades e gravidade.

Isto posto, este trabalho objetiva analisar as práticas de acolhimento com classificação de risco, estabelecendo as semelhanças e diferenças na operacionalização dos protocolos em dois hospitais e analisar a sua conformidade com diretrizes do projeto QualiSUS.

Justificativa

O cenário das emergências em todo país, exibido insistentemente pela mídia, tem revelado que o usuário enfrenta filas para atendimento, não há ordem de atendimento por nível de gravidade, o quadro de pessoal para atender a esta demanda é insuficiente e pouco qualificado, os serviços não estão amparados com uma rede assistencial que garanta a continuidade do tratamento, o número de leitos é insuficiente para garantir que, após a estabilização do quadro de saúde, o usuário possa ser internado e assim desocupar o leito de observação da emergência para que outros usuários possam usá-los, em vez de se aglomerem nos corredores, em macas, cadeiras e até sobre o chão, denotando uma situação de total abandono e dificultando todo o processo de trabalho dos profissionais que ali estão.

Desde a década de 1950 houve um aumento significativo da utilização dos serviços de urgência/emergência em todo país, em virtude da especialização dos médicos e da diminuição dos médicos da família. Na atualidade o uso desses serviços, pelo usuário, tem se dado, de forma indevida em 65% dos casos, seja no setor público ou privado, seja pela falta de acesso ao serviço básico de saúde, seja pela facilidade de acesso às emergências, pela disponibilidade do serviço nas 24 horas ou mesmo pela ansiedade do usuário em ser atendido imediatamente².

Na Bahia, como em outras regiões do país, a situação é semelhante. Em pesquisa realizada pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia em 2007, em um dos maiores hospitais de emergência sob gestão estadual, o quadro se apresenta ainda pior. Identificou-se que 70,4% dos casos atendidos não apresentavam quadro compatível com atendimento de urgência/emergência e que a população, que sob demanda espontânea, frequentava a unidade morava em bairros próximos, e mesmo existindo rede básica na localidade, preferiam ser atendidos na unidade de emergência pela facilidade de encontrar atendimento disponível ao tempo que desejassem, por considerar que um hospital é o melhor lugar para resolução do problema ou por deficiência nas unidades de saúde de origem quanto a equipamentos, medicamentos e médicos especialistas³.

Outro dado importante revelado pela pesquisa é que do total os usuários atendidos, apenas 29,6% foram referenciados por outras unidades de menor complexidade, mesmo que em 2% desses casos o encaminhamento tenha sido feito de forma equivocada, pois o usuário não necessitava de atendimento de maior complexidade como dito na solicitação feita à Central de Regulação, o que remete ao fato de que a descentralização das ações de média e alta complexidade contribuiu também para aumentar a demanda nas unidades de urgência/emergência no estado, além de ser uma prática cultural a população preferir as unidades hospitalares às básicas.

Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, comparativo entre dois hospitais que implantaram os protocolos de acolhimento com classificação de risco no contexto das diretrizes preconizadas pelo Programa QualiSUS. O critério de escolha dos hospitais foi por serem os únicos

que estão operacionalizando de forma integral o QualiSUS no Brasil. Os protocolos estão disponíveis no site do Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco5

Resultados

O Protocolo do Hospital Odillon Behrens5 está dividido em quatro cores, vermelha, amarela, verde e azul. Classifica o usuário e acordo com a sintomatologia apresentada acrescida das queixas, dos sinais vitais e de alguns dados tais como idade, doenças de base e mesmo entre os critérios há diferentes graus de gravidade ou sofrimento que são diferenciados muitas vezes para o mesmo tipo agravado, como, por exemplo: a dor intensa é classificada como vermelho prioridade dois e a dor moderada é classificada em amarelo na prioridade três.

Os usuários de prioridade vermelha contemplam dois níveis de prioridades de atendimento, nível um e nível dois. Os usuários classificados com essa cor não são submetidos à classificação de risco e os de nível um, são encaminhados imediatamente à sala de reanimação após emissão de sinal sonoro. Estão aí classificados os usuários com risco eminente de morte. Os de nível dois são conduzidos à sala de emergência e atendidos pelo médico em até quinze minutos.

Os usuários de prioridade cor amarela correspondem ao nível de prioridade três, são atendidos em até 30 minutos e reavaliados no mesmo tempo.

Na classificação cor verde, que corresponde ao nível de prioridade quatro, o usuário será atendido em até uma hora. Na prioridade azul, correspondente à prioridade cinco, são considerados como não urgentes e poderão ser atendidos no mesmo dia ou no dia seguinte. São orientados a procurar o centro de saúde de sua referência, com encaminhamento por escrito ou contato telefônico prévio, com garantia de atendimento.

A equipe de acolhimento com classificação de risco do hospital Odilon Behrens é composta por enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, assistente social e médico, este último, preferencialmente é o chefe de equipe. Todos da equipe são responsáveis pelas atividades de acolhimento com classificação de risco, entretanto no impresso no qual se registra a avaliação do usuário existe um local destinado para assinatura da enfermeira e é neste mesmo formulário que é informado a cor da prioridade de atendimento para o usuário.

O protocolo de acolhimento com classificação e risco do hospital Mario Gatti está dividido em quatro níveis de prioridade: vermelho para os casos de emergência, amarelo para os casos de urgência, verde para os que deverão ser atendidos rapidamente e os azuis para os que serão atendidos por ordem de chegada. As equipes de acolhimento e classificação de risco são distintas: a primeira, composta por agentes de triagem que configuram as categorias de técnicos ou auxiliares de enfermagem e recepcionistas e a segunda que é a classificação de risco composta pela enfermeira. Durante a operacionalização da avaliação de risco a enfermeira segue um roteiro sistematizado de anamnese e exame físico para que seja possível a classificação adequada para cada caso.

Considerações Finais

Os protocolos estudados contemplam muitos aspectos que estão preconizados pelo QualiSUS, sendo que o protocolo do hospital Odilon Behrens se apresenta mais detalhado e com informações sobre a sintomatologia ou queixa, acrescido de outras variáveis que podem categorizar o usuário em níveis diferentes de complexidade, enquanto que o protocolo do hospital Mario Gatti, nesse aspecto é mais simplificado e deixa a avaliação a critério da experiência e da percepção do avaliador.

A equipe de acolhimento do hospital Odilon Behrens não é composta por enfermeiras como preconiza o Programa QualiSUS, bem como não deixa claro o papel de cada profissional da equipe e, parece caber apenas a enfermeira a execução dos registros, mesmo não estando claro quem realiza a classificação uma vez que dos membros da equipe, apenas o médico e a enfermeira estão capacitados para a execução dessa atividade.

Existem semelhanças entre os dois protocolos no que se referem às cores por nível de complexidade, mesmo com nomenclaturas diferentes, porém com o mesmo sentido epistemológico. As diferenças contemplam as equipes de classificação de risco que são diferentes e no caso do hospital Mario Gatti, que utiliza o nome da equipe de acolhimento como equipe de triagem, o que configura o critério excludente nunca utilizado pelo QualiSUS.

Um elemento importante que difere nos dois protocolos é que no Hospital Odilon Behrens os usuários classificados pela cor azul podem ou não ser atendidos embora sejam referenciados com garantia de atendimento, enquanto que no Mario Gatti todos são atendidos, o que não mudará a cultura da população em procurar os serviços de urgência/emergência para atendimentos que deveriam ser realizados em unidades básicas, mantendo as unidades com longas filas de espera e sobrecarregando profissionais no atendimento a usuários fora do perfil da unidade.

Porém, o que mais chama atenção nos protocolos avaliados é que nos dois hospitais existem atendimentos adultos e pediátricos, incluindo neonatologia e nenhum dos protocolos estudados fazem qualquer referência aos pequenos cidadãos que ali são atendidos, e que para que possam participar da classificação de risco necessitam de protocolos específicos para pediatria, uma vez que seus parâmetros de gravidade variam dentro da própria especialidade.

Espera-se que quando da orientação oficial feita pelo Ministério da Saúde acerca de um modelo de protocolo que, adaptado às questões regionais, possa ser contemplado a classificação de risco de forma padronizada não sejam excluídas as crianças, cujas mortes ou seqüelas graves trazem impacto importante na família e na sociedade.

Referências

- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Pesquisa de satisfação do usuário no HGE. 2007
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125 de 07 de dezembro de 2006- Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências.
- LOVALHO, A. F. Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. O mundo da saúde. São Paulo, 2004; 28 (2) abr-jun: p. 160-171
- MASSARO, A; ABBÊS, C. Acolhimento e Classificação de Risco. Apresentação na oficina QualiSUS. Bahia, out., 2007.

Grupo Brasileiro de Acolhimento com Classificação de Risco – História da Classificação de risco no mundo. Extraído de [http://gbacr.com.br] acesso em [15 de outubro de 2008].

Resumo

Trabalho comparativo realizado em dois hospitais, que analisa as práticas de acolhimento com classificação de risco, estabelecendo semelhanças e diferenças na operacionalização dos protocolos e a sua conformidade com o QualiSUS. As semelhanças estão no quesito cores de prioridade de atendimento; protocolos se baseiam na queixa do usuário, sinais e verificações para que possam ser classificados adequadamente; ambos não contemplam critérios para classificação de risco em pediatria, nem quaisquer das faixas etárias. Quanto às diferenças, no Odilon Behrens existem roteiro de anamnese e exame físico que direcionam o avaliador, já no Mario Gatti a avaliação é pela experiência do avaliador.

T00144 - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DO PICC

Autor: IRENE CRISTINA MACIEL BUENO OLIVEIRA; Co-autores: DANIELA SAYURI MISAWA; AUZENY AGUIAR NOVAES QUINTÃO PALAVRAS CHAVE: recém nascido, assistência de enfermagem, manutenção do CCIP.

1 – INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento da tecnologia e da ciência nas unidades de terapia intensivas neonatais e também dos recursos terapêuticos a sobrevivência dos recém-nascidos gravemente enfermos teve um aumento considerável.

A administração de fluidos intravenosos como soros, nutrição parenteral, drogas vasoativas, soluções hiprosmolares, antibióticos e outros, é sem dúvida a terapêutica de maior utilização nas unidades de internação hospitalar além da oxigenioterapia. (PHILLIPS,2001)

No entanto, um fator que dificulta a assistência na terapêutica intravenosa em bebês é sem dúvida, a limitação da rede venosa do recém-nascido, o que torna o acesso venoso periférico um dos procedimentos mais difíceis de realizar nesta clientela (LORENÇO,S.A; KAKEHASHI,T.I, 2003)

O CCIP é um cateter de silicone que pode ser inserido por veia periférica, tem indicação quando a terapia intravenosa tem previsão por mais do que seis dias, é um avanço na prevenção de infecção relacionada a cateter e o risco de ocorrer uma infecção é bem menor se compararmos com os riscos de uma flebotomia.

Este cateter pode indicado em várias situações como em terapias intravenosas prolongadas e drogas vesicantes e irritantes; na administração de soluções hiperosmolares e tratamentos em domicílio (BECTON DICKINSON and COMPANY, 2000)

Com o desenvolvimento do CCIP (cateter central de inserção periférica) e a capacitação técnica científica dos Enfermeiros para atuarem com mais eficácia frente às necessidades do neonato, conseguimos administrar a terapia intravenosa com maior segurança, uma vez que o CCIP possui várias vantagens como: inserção segura à beira do leito, sem necessidade de procedimento cirúrgico; é realizado por enfermeiro habilitado com anestesia local; com pouca incidência de hemorragia e nenhuma de pneumotórax otimizando a assistência na terapia intravenosa.

Esta tecnologia permite infusão segura e por tempo prolongado de NPP e medicações vesicantes com menor risco de infiltrações e flebites, diminuindo o risco de infecções, de embolia aérea e gasosa e o número de punções venosas no recém-nascido.

As complicações deste cateter estão ligadas ao manuseio e à manutenção do mesmo e estes fatores ainda constituem um desafio para o enfermeiro, portanto é necessário que conheça a anatomia da rede venosa, técnica de inserção e retirada, indicações para passagem e os conhecimentos básicos para manutenção do cateter.

Entre as complicações mais frequentes estão: flebite que constitui inflamação da camada íntima da veia, causando dor, eritema, edema, endurecimento da veia, drenagem pela inserção; infecção do local de inserção ocasionando hiperemia local, eritema, dor, edema, ausência de sintomas sistêmicos; infecção sistêmica relacionada ao cateter que pode levar a febre e calafrios, culturas positivas e sepsis; oclusão do cateter com resistência e dificuldade de infusão, impossibilidade de salinizar o cateter e lentificação ou interrupção da infusão. Estas complicações podem ocorrer com maior frequência quando a equipe não está treinada quanto ao cuidado na manutenção do cateter podendo até levar o recém-nascido a óbito. (BRITO, D.V.D. et al)

O treinamento da equipe que vai manusear o CCIP é imprescindível, pois uma vez que se conscientiza a equipe da importância das técnicas corretas e a importância do papel de cada um no grupo, consegue-se diminuir as complicações que estão relacionadas ao cateter.

Como enfermeiras de uma UTI Neonatal acompanhando de perto o cuidado com os recém-nascidos que utilizam o CCIP acreditaram que a atualização dos profissionais é muito importante, pois quando ela conhece o melhor cuidado ela se envolve e cuida com responsabilidade e eficiência.

No início do ano 2008 foi detectado na UTI neonatal vários casos de complicações com a terapia intravenosa utilizando o CCIP, e como alternativa para modificar tal quadro implantou-se um grupo de CCIP e realizou-se a capacitação da equipe de Enfermagem para o manuseio do cateter. Observou-se um resultado muito bom com esta intervenção, como diminuição das complicações infecciosas relacionadas ao CCIP, além da equipe sentir-se valorizada e mais preparada a lidar com as dificuldades que encontravam no seu dia-a-dia.

Após cinco meses dessa intervenção sentimos a necessidade de avaliar a eficácia deste programa de capacitação na redução de complicações relacionadas ao CCIP deste serviço.

2 – JUSTIFICATIVA

Identificar a frequência de complicações na manutenção do PICC antes e após a implantação de um programa de capacitação da equipe de enfermagem.

3 – MÉTODOS

3.1 – TIPO DE ESTUDO

Optou-se pela pesquisa quantitativa descritiva retrospectiva. Segundo Gil (1999) a pesquisa quantitativa utiliza técnicas estatísticas e geralmente implica em elaboração de questionários, e é utilizada para descrever uma dada realidade.

3.2 – CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa será realizada em UTI Neonatal de um Hospital Público com capacidade para 10 (dez) leitos, com taxa de ocupação de 85%, é referência no Sistema SUS para recém-nascidos pré-termo.

3.3 – POPULAÇÃO

A população será constituída por cateteres CCIP implantados nos recém-nascidos da UTI neonatal.

3.4 – AMOSTRA

Será composta de 54 cateteres centrais de inserção periférica implantados no período de janeiro a setembro de 2008.

3.5 – COLETA DE DADOS

A fonte de dados será o prontuário dos recém-nascidos que tiveram implantação do CCIP. Para a coleta dos dados será utilizada um instrumento contendo as seguintes variáveis: referente ao recém-nascido é peso de nascimento, idade gestacional, apgar, tipo de parto e sexo. As variáveis referentes ao cateter são: número do cateter, número de punções, intercorrências na passagem, tipo de curativo, tempo de permanência, complicações e motivo da retirada.

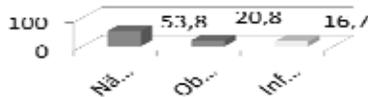
3.6 – ANÁLISE DOS DADOS

Serão analisados através de frequência simples e percentuais.

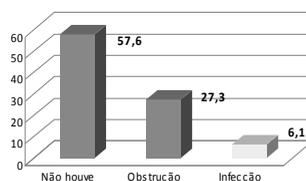
4 - RESULTADOS

Foram analisados 54 cateteres implantados. O total de cateteres antes da capacitação da equipe foi de 24 cateteres com 20,8 % de obstrução e 16,7% de infecções. A média de peso dos recém-nascidos foi de 2141 gramas, com 34 6/7 IG e a media de punções foi de 4. Após o treinamento foram implantados 33 cateteres com 27,3% de obstrução e 6,1% de infecções, sendo a média de peso dos recém nascidos de 2.111 gramas, com IG media de 33 4/7 e média de punções de 3.

Complicações do PICC antes da Implantação do Grupo



Complicações do CCIP após a Implantação do Grupo



5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve aumento da complicação devido a obstrução após a capacitação e uma diminuição das infecções relacionadas ao cateter, o que aponta a necessidade de maior aprofundamento nas causas dessas complicações. Considera-se que o treinamento da equipe que vai manusear o CCIP é imprescindível, pois uma vez a equipe conhece a técnica correta, percebe a importância do seu papel no grupo, e conseqüentemente pode diminuir as complicações que estão relacionadas a este procedimento.

T00146 - ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Autor: WILMA BATISTA SOUZA DA CRUZ; Co-autor: MARTA MARIA MELLEIRO

RESUMO

Estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, objetivando analisar a satisfação dos usuários referente aos serviços prestados em um hospital privado do Município de São Paulo. A coleta de dados ocorreu de março a agosto de 2007, por meio de um instrumento derivado da escala SERVQUAL do modelo avaliativo de Parasuraman, Zeitham e Berry, com amostra de 71 usuários. O nível de satisfação geral oscilou em torno de 95,8%, sendo garantia (96,9%) e confiabilidade (96,7%) as dimensões de maior relevância, seguidas de empatia (95%), responsividade (93%) e tangibilidade (88%). Essa investigação permitiu conhecer os atributos do serviço que mais impactam na satisfação.

Palavras-chave: Qualidade de assistência à saúde; Avaliação de serviços de saúde; Satisfação de consumidores.

INTRODUÇÃO

A busca da qualidade não deve ser vista apenas como uma atitude isolada de algumas instituições de saúde, sendo fundamental que os prestadores de serviços procurem atingir um elevado padrão do que é fornecido, para garantia da sua continuidade e para que o direito à qualidade seja assegurado ao usuário.

O atendimento das necessidades e expectativas dos usuários dos serviços de saúde vem sendo considerado, como um dos aspectos norteadores dos pressupostos filosóficos e metodológicos que devem orientar as ações dessas instituições. Desse modo, para que as atividades desenvolvidas estejam em consonância com os anseios dos usuários, torna-se imperativo o alcance da qualidade(1).

A qualidade pode ser entendida como tudo aquilo que representa as necessidades futuras do usuário em características mensuráveis, podendo ser decidida em termos de quem avalia. Entretanto, é um conceito com diversos significados, sendo a qualidade apreçoada, também, como ausência de falhas, estando associada à confiabilidade e à segurança.

Na gestão contemporânea, a qualidade é definida pelos usuários, sendo da maior relevância conhecer suas necessidades e expectativas para que se ofereça produtos e serviços que os mesmos reconheçam como de padrão elevado, sendo esse desempenho responsabilidade de todos na

organização(2). Os usuários estão mais capacitados para discernir o valor agregado dos serviços, o desempenho dos colaboradores, valorizando atitudes que refletem características intrínsecas das dimensões da qualidade.

A Organização Mundial de Saúde(3) define qualidade como alto nível de excelência profissional, uso eficiente dos recursos, mínimo risco para o usuário, impacto final na saúde e alto grau de satisfação dos usuários.

A satisfação do usuário constitui-se, também, em um fator de aceitabilidade social, que ocorre quando o serviço de saúde recebe aprovação e aceitação de parte da população (3). A inserção de um serviço na sociedade depende, entre outros aspectos, da imagem da instituição perante a população de seu entorno, quando positiva é utilizada como um recurso de divulgação(4).

Resalta-se que a importância de se estudar a satisfação do usuário reside, sobretudo, no fato de existirem lacunas na operacionalização da avaliação dos serviços de saúde, que possibilitem o conhecimento do impacto dos atributos do serviço sobre a satisfação.

A avaliação da satisfação com os serviços de saúde é um processo necessário que fornece informações úteis sobre a qualidade, a segurança, a gestão e sobre as expectativas e necessidades dos usuários. Entretanto, a forma mais adequada de mensuração dos níveis de satisfação não é objeto de consenso. Não está bem claro se o foco deve ser a percepção do usuário sobre os serviços recebidos ou sobre o impacto dos atributos geradores dessa satisfação. Nesse sentido, a necessidade de desenvolvimento de sistemas avaliativos de satisfação do usuário, pode representar importante ferramenta ao aperfeiçoamento de estratégias de gestão para o setor saúde.

A implantação desses sistemas de avaliação permite aos usuários emitir juízo de valor a respeito dos atributos do serviço que estão recebendo. A interação entre o usuário e o serviço é individualizada, uma vez que embora as técnicas utilizadas nos serviços de saúde para a realização dos procedimentos sejam as mesmas, as respostas individuais tanto de execução como de recebimento são diferentes.

Avaliar um serviço é mais complexo do que avaliar um produto. O produto é tangível, o usuário pode detectar defeitos, averiguar seu funcionamento, comparar a durabilidade, verificar sua qualidade em termos de conformidade com as especificações do fabricante; enquanto o serviço é primeiro comprado, para depois ser produzido e consumido simultaneamente, sendo os possíveis defeitos percebidos e experimentados, o que caracteriza sua inseparabilidade (produção-consumo). Essa característica aumenta a importância do relacionamento entre o prestador do serviço e o usuário, bem como a variação na qualidade do serviço fornecido. Outra característica dos serviços é a perecibilidade, significando que os mesmos não podem ser estocados nem inventariados.

Os serviços são, também, intangíveis, sendo julgados pelo desempenho e pelas experiências vividas por quem os utiliza, ao mesmo tempo em que são heterogêneos, com possibilidade de desempenho e julgamentos diferentes, conforme o prestador e o usuário(5). Desse modo, as relações entre as expectativas e percepções dos usuários se relacionam da seguinte forma: quando as expectativas são menores do que as percepções, a qualidade percebida é boa; quando as expectativas são iguais às percepções, a qualidade percebida é aceitável; quando as expectativas são maiores do que as percepções, a qualidade percebida é ruim(6).

No intuito de conhecer como os usuários avaliam um serviço, Parasuraman, Zeithaml e Berry(7) desenvolveram um modelo avaliativo estabelecendo critérios de julgamento utilizados pelos usuários independente do tipo do serviço investigado. Esses critérios foram definidos como dimensões de qualidade, a saber: confiabilidade, garantia, responsividade, empatia e tangibilidade. Esses autores desenvolveram, posteriormente, uma escala psicométrica das dimensões de qualidade chamada SERVQUAL(8), sendo considerada a primeira tentativa de operacionalização do constructo satisfação do usuário.

Tendo por base o modelo avaliativo de Parasuraman, Zeithaml e Berry(7), o instrumento desenvolvido e validado por Castellanos(2) para os serviços de saúde, no Brasil, apresenta os atributos que permitem aos usuários avaliarem as diferentes dimensões de qualidade do serviço, tornando-se referência para esta investigação.

Pautada nessas considerações e acreditando que a avaliação é um instrumento desencadeador de ações para confirmar ou reformular os processos assistenciais e gerenciais adotados nos serviços de saúde, é que este estudo foi realizado, tendo por objetivos identificar os níveis de satisfação dos usuários de um hospital privado do Município de São Paulo e os fatores intervenientes nesse processo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, com coleta prospectiva dos dados.

O estudo foi realizado no Hospital Adventista de São Paulo (HASP). Esta instituição de saúde, da rede privada, presta serviços a usuários, conveniados e particulares residentes no Município de São Paulo e aos procedentes do interior do Estado, bem como de outros Estados da Federação.

A casuística/amostra foi calculada estatisticamente, sendo constituída por 71 usuários das clínicas médica e cirúrgica do HASP. Os critérios de inclusão dos participantes foram: serem alfabetizados, maiores de 18 anos, estarem em condições clínicas favoráveis e terem permanecido por pelo menos 3 dias internados em unidades de Clínica médica e cirúrgica.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (processo 599/2006) e para a Diretoria do HASP. Após aprovação desses órgãos, iniciou-se a coleta de dados. Nessa ocasião, os participantes foram esclarecidos do objetivo do estudo e convidados a participar. Para tanto, receberam e assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi elaborado de acordo com as recomendações da Resolução 196/96(9).

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2007, por meio de instrumento intitulado "Avaliação do atendimento prestado por um hospital privado sob a ótica de usuários".

O instrumento de coleta de dados, constituído de duas partes, sendo a primeira composta pela identificação e dados sociodemográficos e a segunda contemplando os atributos do serviço mensuráveis em uma escala variando de 1 a 6, teve como referência o questionário elaborado e validado por uma autora brasileira(2), conforme citado anteriormente. A pesquisadora, de posse das altas hospitalares, entregava os questionários para os participantes e acordava com os mesmos o seu recolhimento.

Para a análise dos dados foram utilizados os recursos de computação por meio do processamento no sistema Windows ExcelR e Statistic Package for Social SciencesR(10) versão 15.0, ambos em ambiente Windows XP. As variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas, a análise foi feita por meio da observação dos valores mínimos e

máximos e do cálculo de médias, desvio-padrão e medianas. Para as variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

Para a análise estatística dos dados foram utilizados os testes Qui-quadrado e o Exato de Fisher(11), na análise univariada de correlações entre constructos e satisfação empregou-se o coeficiente de correlação de Pearson e no estudo multivariado o modelo de regressão linear múltiplo. Com o objetivo de selecionar os principais constructos que se associavam com a satisfação foi utilizado o processo de seleção Stepwise. O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

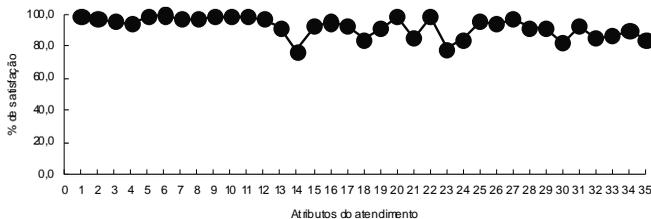
RESULTADOS

Dentre os 71 participantes, a idade variou de 25 a 99 anos, sendo a média 68,2 anos e a mediana 73,5 anos; 41 (57,7%) participantes eram do sexo feminino e 30 (42,3%) do sexo masculino; (66,2%) referiram mais de onze anos de escolaridade; houve a participação de 42 (59,2%) usuários da clínica médica e 29 (40,8%) da clínica cirúrgica; 68 (95,8%) usuários possuíam algum tipo de convênio e 3 (4,2%) eram particulares.

Observaram-se, neste estudo, níveis elevados de confiança na instituição, condição necessária para o retorno do usuário ao serviço.

Os níveis de satisfação com os atributos de atendimento, apresentados no Gráfico 1 são relativos à: 1 – 4 referem-se à equipe médica (1 atenção-interesse, 2 educação, 3 empenho, 4 orientações-explicações); 5 – 12 à equipe de enfermagem (5 atenção-interesse, 6 educação, 7 empenho, 8 explicações-orientações, 9 cuidados prestados, 10 tempo de espera para atendimento da campainha, 11 qualidade geral dia, 12 qualidade geral noite); 13 – 20 ao serviço de nutrição (13 atendimento da nutricionista, 14 qualidade-sabor da dieta, 15 aparência da dieta, 16 temperatura, 17 quantidade, 18 variedade, 19 regularidade, 20 atenção da cozeira); 21 – 28 aos atributos gerais (21 conforto do quarto, 22 limpeza, 23 instalações do banheiro, 24 barulho à noite, 25 respeito à privacidade, 26 resultado do tratamento, 27 Orientação para continuidade do tratamento pós-alta, 28 orientação para alimentação pós-alta) e 29 – 35 ao atendimento inicial (29 facilidade de localização do balcão de informações, 30 tempo de espera, 31 cortesia, 32 rapidez, 33 clareza das informações, 34 organização geral, 35 conforto das instalações enquanto espera).

Gráfico 1 - Distribuição dos níveis de satisfação geral dos usuários, em relação aos atributos do serviço, HASP, São Paulo, 2007.



No Gráfico 1 averigua-se que os atributos que mais geraram satisfação considerando-se as clínicas médica e cirúrgica foram 1 - atenção-interesse da equipe médica 70 (98,6%); 5 - atenção-interesse da equipe de enfermagem 70 (98,6%); 6 - educação da equipe de enfermagem 71 (100%); 9 - cuidados prestados pela equipe de enfermagem 68 (95,7%); 11 - qualidade da enfermagem que atende durante o dia 70 (98,6%); 20 - atenção da cozeira que serve a refeição 70 (98,6%) e 22 - limpeza do quarto 70 (98,6%).

Os atributos que mais impactaram na insatisfação foram 14 - qualidade-sabor da refeição 54 (76,0%); 23 - instalações do banheiro do quarto 56 (78,9%) e 30 - tempo de espera para o atendimento inicial 59 (83,1%). Evidencia-se que na totalidade dos atributos os valores referentes ao grupo de usuários da clínica médica e da clínica cirúrgica não apresentam variabilidade significativa entre si.

Os níveis de satisfação dos usuários obtidos sugerem haver associação positiva entre satisfação e os atributos da equipe médica. Verifica-se que, nos atributos relacionados à equipe de enfermagem (5 – 12), os usuários demonstraram estar satisfeitos com a assistência recebida. As dimensões de qualidade predominantes nesses atributos são a confiabilidade e a responsividade.

Valorizaram-se, também, os atributos gerais do atendimento que dizem respeito aos aspectos tangíveis e menos subjetivos que intervêm na percepção dos usuários e que colaboram conjuntamente para o conforto, segurança, privacidade durante a internação e continuidade do tratamento após a alta hospitalar. É possível afirmar que os usuários estão satisfeitos com os atributos relacionados a 22 - limpeza do quarto 71 (100%), 25 - respeito à sua privacidade 68 (96%) e com a 27 - orientação para continuidade do tratamento pós-alta hospitalar 66 (93%). Inversamente, os menores níveis de satisfação, referem-se 23 – instalações do banheiro 56 (78,9%), 24 - o nível de barulho à noite 60 (84,5%), e 28 - orientação para alimentação em casa 65 (91,5%).

As orientações referentes ao atributo 27 - continuidade do tratamento estão fortemente associadas à alta satisfação do usuário. Isso sugere que orientações mais efetivas para continuidade do tratamento podem aumentar os níveis de satisfação do usuário com o serviço. Os resultados obtidos, ao se analisar este constructo, indicam que os usuários estão satisfeitos com as orientações recebidas, havendo discreta predominância da clínica cirúrgica.

Neste estudo, observou-se que a dimensão de maior relevância foi a garantia (95,9%), seguida da confiabilidade (95,7%), o que se justifica por se tratar de uma instituição de saúde. Os usuários consideram como a terceira mais relevante a empatia (95,0%), seguida da responsividade (93,0%) e

da tangibilidade (88,0%). Os menores níveis de satisfação estão relacionados aos aspectos tangíveis do serviço, não podendo ser atribuídos à qualidade do cuidado hospitalar. Pode-se inferir que os atributos de garantia, confiabilidade e empatia são os que mais geram satisfação.

A indicação do hospital para algum parente-amigo foi classificada como: tenho dúvida, mas penso que eu não indicaria em 3 (4,2%) dos participantes, tenho dúvida, mas penso que eu indicaria em 3 (4,2%) e com certeza, indicaria em 65 (91,5%) dos participantes. Os usuários satisfeitos apresentam a tendência de se engajar em propaganda favorável para a instituição. Ressalta-se que indicadores do tipo “disposição a recomendar” e “recomendações a outros” são medidas amplamente utilizadas, na prática, para se avaliar o impacto global do nível de satisfação do usuário.

A confiança que o usuário demonstra em relação ao hospital foi classificada como confiança moderada em 4 (5,6%) dos usuários, bastante confiança em 16 (22,5%) e total confiança em 51 (71,8%) dos usuários.

Nesta investigação constatou-se um nível de 95,8% de satisfação com o hospital.

CONCLUSÕES

O estudo permitiu conhecer os níveis de satisfação dos usuários da clínica médica e cirúrgica do HASP, bem como identificar quais atributos impactavam na satisfação geral.

Considerando-se os percentuais referentes ao número de usuários de cada clínica, evidenciou-se que em todos os atributos houve satisfação com o serviço, estando mais concentrados nos atributos referentes à equipe médica e equipe de enfermagem.

Os usuários mostraram-se satisfeitos com os atributos gerais; inversamente, os menores níveis de satisfação, referem-se às instalações do banheiro, o nível de barulho à noite e orientação para alimentação em casa; verificou-se, ainda, que o tempo de espera é um dos atributos considerados como gerador de insatisfação com o serviço; não foram observadas associações entre o tempo de espera e a rapidez do preenchimento dos dados iniciais que antecedem o atendimento ou a internação, podendo-se inferir a existência de outros motivos que possam justificar a demora que alguns usuários perceberam para a internação.

Foram alcançados altos níveis de satisfação tanto entre usuários da clínica médica quanto da clínica cirúrgica, sendo possível detectar atributos do serviço que requerem maior atenção dos gestores e a implementação de medidas para melhorar os níveis de satisfação nos atributos que geraram os menores níveis de satisfação dos usuários.

Quanto às dimensões garantia, confiabilidade, responsividade e empatia pode-se inferir que os usuários do HASP valorizam mais estas dimensões encontradas especialmente nos atributos que se relacionam ao desempenho dos colaboradores do que aos atributos referentes à tangibilidade, cujos níveis de satisfação foram os menores alcançados.

Foi possível detectar atributos do serviço que requerem maior atenção dos gestores e a implementação de medidas para melhorar os níveis de satisfação nos atributos que geraram os menores níveis de satisfação dos usuários.

Os níveis de satisfação geral e confiança no serviço não diminuem quando se consideram níveis de menor satisfação com a tangibilidade, sugerindo que esta dimensão não impacta na satisfação geral.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira PN. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
2. 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.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra: OMS; 1985.
4. Malik AM. Avaliação, Qualidade, gestão.: para trabalhadores da área de Saúde e outros interessados. São Paulo: SENAC; 1996.
5. Lovelock CH. Why marketing management needs to be different for services. Chicago: American Marketing Association; 1981.
6. Parasuraman, A, Zeithaml V, Berry LL. Refinement and reassessment of the SERVQUAL dimensions. Journal of Retailing 1991;67: 420-50.
7. Zeithaml V, Parasuraman A. Service quality. Cambridge: Marketing Science Institute; 1990.
8. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for future research. J Mark. 1995;49(1):41-50.
9. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196-96. Dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética 1996;4(2 Supl):15-25.
10. SPSS base 12.0 user's guide. Chicago: SPSS Inc; 2006.
11. Malhotra N. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. Porto Alegre: Editora Bookman; 2001.

110147 - LICENÇA MÉDICA COMO INDICADOR DE QUALIDADE NA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: VALIDAÇÃO NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Autor: THIAGO PULIESI ESTORCE; Co-autor: PAULINA KURCCGANT

Palavras-chave: Indicadores de Qualidade; Licença médica; Recursos Humanos em Enfermagem.

RESUMO

As licenças médicas da equipe de Enfermagem exigem ações de correção imediata para a assistência de qualidade. Este estudo, descritivo-exploratório, quantitativo, busca caracterizar esse fenômeno em um Hospital Universitário entre 2003 e 2007 e subsidiar a construção de um indicador de qualidade de gerenciamento em saúde. As licenças médicas somaram 3207 afastamentos e 32022 dias perdidos. Afastamentos até 2 dias representaram 54% do total e 7% dos dias perdidos; afastamentos acima de 15 dias, 5% do total e 66% dias perdidos. Assim, as licenças médicas constituem importante ferramenta como indicador na avaliação da Qualidade em Serviços de Enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

A realidade tem demonstrado, no que diz respeito à Administração de Recursos Humanos e mais especificamente ao Dimensionamento de Pessoal, que as ausências não previstas da equipe de enfermagem exigem do enfermeiro ações de correção imediata, na tentativa de garantir as condições mínimas para uma assistência de qualidade e de menor risco ao usuário (PARRA e MELO, 2004).

A temática "licença" vem sendo trabalhada pela literatura sob diversas denominações e definições, dificultando o resgate de referenciais de apoio necessários para sua análise. Belém e Gaidzinski (1998), com o objetivo de obter maior clareza sobre o tema, apresentam algumas definições e adotam a classificação proposta por Gaidzinski et al (1993), que separa as ausências em dois grandes grupos: ausências previstas e ausências não previstas.

Assim, as ausências previstas são aquelas de direito do trabalhador, como férias, folgas por descanso remunerado semanal e dias de feriado. As ausências não previstas são as faltas abonadas, justificadas, injustificadas, as suspensões, as licenças de direito do trabalhador, como maternidade, paternidade, gala, nojo e licença médica.

É importante ressaltar que esses direitos constam da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e, a depender do contrato de trabalho, se privado ou público, exigem para sua efetivação um conjunto de Leis diferentes. Para os trabalhadores da iniciativa privada, há o Decreto-Lei Nº 5.452, de 1º DE MAIO DE 1943 – Consolidação das Leis do Trabalho e para os servidores públicos, a Lei Nº 8112, de 11 de dezembro de 1990 - Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis da União.

Outro fator importante é que, a depender do Estatuto da Instituição, pode haver outros tipos de licença, conforme Echer et al (1999) apontam em estudo, no qual, pelo Estatuto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os funcionários têm direito a cinco dias de afastamento ao ano, para participar de eventos científicos ou atualização, além dos oferecidos internamente.

"As causas das ausências não previstas devem ser conhecidas / estudadas pelo Gestor de Enfermagem e devem estar contempladas nas políticas de Recursos Humanos da Instituição, uma vez que apresentam uma multifatorialidade de causas socioeconômicas e culturais" (NAGEH, CQH, 2006).

Silva e Marziale (2000) em seu estudo sobre o absenteísmo, que engloba as Licenças médicas como um de seus componentes, identificaram que atestados por 1 ou 2 dias de dispensa ao trabalho representaram 79,2% das ausências não previstas e apontaram como justificativa que atestados de 1 a 2 dias dispensam pericia médica e a partir do 3º dia, o trabalhador deve se apresentar para pericia médica junto ao Instituto de Previdência do Estado (IPE), sendo então fornecido o laudo médico.

As teorias mais recentes sobre Administração de Recursos Humanos em Saúde consideram "que a dimensão humana, no âmbito da qualidade, deve estar no centro da discussão uma vez que os anseios, as expectativas e a satisfação das pessoas responsáveis em concretizar esses propósitos são vitais para o alcance das metas institucionais" (LEITÃO e KURCGANT, 2004).

Entre as diversas atribuições diárias, o dimensionamento e a escala da equipe é, sem dúvida, a que mais evidencia a atuação do enfermeiro no processo gerencial, explicitando (direta e indiretamente) sua postura profissional, no que diz respeito à resolução do problema e ao processo de tomada de decisão, frente aos seus colaboradores. "Desconhecer a importância do fator humano ou trabalhá-lo de maneira inadequada, tem levado ao fracasso inúmeros programas de qualidade" (SILVA, 1996).

Em saúde, Qualidade é o conjunto de atributos: "nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco e um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes" (Organização Mundial de Saúde, 1981; Donabedian, 1992).

Por outro lado indicadores são unidades de medida quantitativa que podem ser usados como um guia para monitorar e avaliar a Qualidade nas instituições de saúde (JCAHO, 1992). "São, geralmente, construídos mediante uma expressão matemática onde o numerador representa o total de eventos predefinidos e o denominador a população de risco selecionada, observando-se a confiabilidade, a validade, a objetividade, a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo dos dados" (KURCGANT et al, 2006).

Considerando a importância dos Recursos Humanos (RH) na implementação da proposta assistencial; a necessidade de um quanti-qualitativo de pessoal de saúde para efetivação dessa proposta e considerando a Qualidade como um fator que norteia as decisões gerenciais propõe-se neste estudo caracterizar e analisar as Licenças médicas em um Hospital Universitário.

2. JUSTIFICATIVA

As Licenças médicas têm se mostrado como um dos principais componentes das ausências não previstas da equipe de enfermagem e, nesse contexto, seu monitoramento e avaliação sistemática podem constituir-se como um importante indicador de Qualidade do gerenciamento em Serviços de Enfermagem.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é de caráter descritivo-exploratório e foi realizado em um Hospital Universitário localizado no Estado de São Paulo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O Hospital é de nível de atenção secundário, dispondo de 258 leitos de capacidade instalada e capacidade ocupacional, 14 leitos de unidade de terapia intensiva – adulto, 06 leitos de unidade de terapia intensiva neonatológica e 07 leitos de recuperação pós-anestésica. Apresenta ainda 09 salas de centro cirúrgico e 04 salas de centro obstétrico, além de 57 consultórios de atendimento ambulatorial, 13 consultórios de pronto atendimento, 05 consultórios de triagem, 11 leitos de observação – adulto, 12 leitos de observação pediatria e 02 leitos de observação obstétrica.

A direção executiva é realizada pela Superintendência, estando ligados diretamente a ela, o Departamento de Medicina e o Departamento de Enfermagem. A administração conta ainda com o Conselho Deliberativo (órgão de administração superior) e outras comissões específicas: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Cultura e Extensão Universitária, Comissão de Ética Médica e a Comissão de Residência Médica.

O Departamento de Enfermagem é constituído de 04 Divisões: Divisão de Clínica Médica, Divisão de Clínica Cirúrgica, Divisão Materno-Infantil e Divisão de Pacientes Externos e pelo Serviço de Apoio Educacional (Sed).

O quadro atual da equipe de enfermagem conta com aproximadamente 635 (100%) colaboradores, desses 183 (28,8%) auxiliares, 277 (43,6%) técnicos e 175 (27,6%) enfermeiros, segundo dados do Serviço de Pessoal da instituição.

3.2 POPULAÇÃO

O número de licenças médicas do período de 2003 a 2007 dos integrantes da equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem lotados nos 12 setores que compõem as 04 Divisões de Enfermagem desse Hospital.

3.3 CAPTAÇÃO DOS DADOS

A investigação das licenças médicas foi realizada pela coleta e análise dos dados obtidos junto ao Serviço de Pessoal em julho de 2008.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em planilha eletrônica Microsoft Excel. As variáveis quantitativas "Número de licenças médicas" e o "Número de dias perdidos" foram apresentadas em números absolutos e porcentagem, segundo o ano de ocorrência, a categoria profissional e a duração das licenças médicas. A duração das licenças médicas foram divididas e analisadas por períodos: "de 1 a 2 dias", "de 3 a 15 dias" e "acima de 15 dias".

Os dados assim obtidos identificaram o quantitativo de profissionais que se afastaram no período estudado, porém, não foi possível acessar o quadro profissional retrospectivo anual para melhor análise proporcional para cada categoria profissional.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização das licenças médicas da equipe de enfermagem

O número de licenças médicas da equipe de enfermagem registradas no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007 envolveu 499 funcionários, totalizando 3207 afastamentos, correspondendo a 32.022 dias perdidos de trabalho, conforme apontado na Tabela 01.

A categoria "Técnico" apresentou o maior número 218 (44%) de profissionais envolvidos em afastamentos por licença médica. A categoria "Auxiliar" representou a maior porcentagem de dias perdidos de trabalho (55%) e, ambas as categorias, registraram 42% do número total de licenças médicas no período (se somadas, 84% do total de licenças médicas). A categoria "Enfermeiro" apresentou os valores mínimos nas variáveis analisadas.

Tabela 01 - Distribuição de Profissionais afastados, Número de licenças médicas e Dias Perdidos, respectivamente, segundo a categoria profissional, no período de 2003 a 2007. São Paulo, 2008.

	Profissionais afastados		Nº de Licenças		Dias Perdidos	
	N	%	N	%	N	%
Auxiliar	168	34%	1341	42%	17420	55%
Técnico	218	44%	1340	42%	11274	35%
Enfermeiro	113	23%	526	16%	3328	10%
Total	499	100%	3207	100%	32022	100%

Ao analisar os dados da Tabela 01, constata-se que a categoria "Auxiliar" apresenta, proporcionalmente, maior número de licenças médicas e maior número de dias perdidos em relação às outras categorias: média de 8,0 licenças médicas / profissional afastado e média de 13 dias perdidos / Licença médica.

A categoria "Técnico" apresentou níveis intermediários, com média de 6,1 licenças / funcionário afastado e média de 8,4 dias perdidos / Licença médica. A

categoria "Enfermeiro" apresentou a média de 4,7 licenças / funcionário afastado e a média de 6,3 dias perdidos / Licença médica.

Segundo Reis (2003) essa diferença pode ser explicada pelo menor número de enfermeiros, o que pode determinar uma obrigação maior de permanência no trabalho ou a maior probabilidade de arranjos na escala e a obtenção de folga para descanso e tratamento em domicílio.

Considerando as diferenças no processo de trabalho entre as categorias estudadas, e que o "Enfermeiro" tem atribuições majoritariamente administrativas, é esperado que os índices de morbidade e mortalidade para esta categoria sejam menores em relação às categorias "Auxiliar" e "Técnico", justificando a maior duração de afastamentos para as últimas. A tabela 02 apresenta o número de licenças médicas ano a ano, segundo a categoria profissional, no período estudado. Pode-se afirmar que o número de licenças médicas vem aumentando, especialmente nos anos de 2006 e 2007, uma vez que ambos apresentaram os maiores percentuais de afastamento do período nas três categorias profissionais: Auxiliar: 20% e 23%; Técnico: 23% e 27%; Enfermeiro: 23% e 22%; respectivamente.

A categoria "Técnico" apresentou um aumento expressivo (maior que o dobro) no número de licenças médicas no período, passando de 13%

em 2003 para 27% em 2007. Esses dados revelam a importância de seu monitoramento e avaliação sistemáticos, buscando conhecer os diferentes fatores que influenciam o aumento do número de licenças médicas para cada categoria.

Tabela 02 - Distribuição do número de licenças médicas da equipe de enfermagem, segundo a categoria profissional, por ano de ocorrência, no período de 2003 a 2007. São Paulo, 2008.

	Total		2003		2004		2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar	1341	100	273	20%	235	18%	254	19%	267	20%	312	23%
Técnico	1340	100	176	13%	221	16%	278	21%	308	23%	357	27%
Enfermeiro	526	100	102	19%	82	16%	106	20%	120	23%	116	22%
Total	3207	100	551	17%	538	17%	638	20%	695	22%	785	24%

Fugulin et al (2003), caracterizaram as ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das unidades de internação de um Hospital Universitário e identificaram diferenças significativas em relação ao número de afastamentos por licença médica entre setores estudados e as categorias profissionais. Aparentam ainda, para a necessidade de novos estudos que correlacionem as causas de afastamento com as condições sociais desses trabalhadores, com as condições de trabalho e processos de trabalho de suas unidades.

A Tabela 03 apresenta o número total de dias perdidos em decorrência das licenças médicas segundo o ano de ocorrência e a categoria

Tabela 03 – Distribuição do número de dias perdidos de trabalho da equipe de enfermagem, segundo a categoria profissional, por ano de ocorrência, no período de 2003 a 2007. São Paulo, 2008.

	Total		2003		2004		2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar	17420	100%	1794	10%	1720	10%	2751	16%	4681	27%	6474	37%
Técnico	11274	100%	996	9%	2284	20%	2763	25%	2413	21%	2818	25%
Enfermeiro	3328	100%	527	16%	288	9%	669	20%	792	24%	1052	32%
Total	32022	100%	3317	10%	4292	13%	6183	19%	7886	25%	10344	32%

profissional no período de 2003 a 2007. A análise ano a ano identifica a tendência crescente no número de dias perdidos para as três categorias, exceção feita em 2006, para os técnicos e em 2004 para enfermeiros.

Ao compararmos os dados de 2003 e 2007, é possível identificar que o aumento no número de dias perdidos de trabalho foi diferente para cada categoria. A categoria “Auxiliar” teve o maior aumento, passando de 10% para 37% (um aumento de 3,7 vezes), a categoria “Técnico” passou de 9% para 25% (um aumento de 2,7 vezes) e a categoria “Enfermeiro” passando de 16% para 32% (um aumento de 2 vezes).

Destaca-se ainda o aumento significativo dos dias perdidos entre 2003 (10%) e 2007 (32%), representando um aumento de 22% em todo o período estudado. Assim, pode-se afirmar que houve um aumento na duração dos afastamentos, já que o “Número de licenças médicas” cresceu apenas 07% no mesmo período (de 17% em 2003 para 24% em 2007, conforme apontado na Tabela 02).

Nesse cenário, podemos afirmar que a frequência e a duração das licenças médicas têm aumentado anualmente para as três categorias, porém com impactos maiores sobre a categoria “Auxiliar”, seguida da categoria “Técnico” e por último a categoria “Enfermeiro”, o que justifica os dados descritos na Tabela 01, na qual observa-se um quantitativo de 34% de “Auxiliar” responder por 55% do “Número de dias perdidos”.

4.2 Caracterização das licenças segundo duração do afastamento

Tabela 04 - Distribuição do número de licenças médicas da equipe de enfermagem, por duração do afastamento, no período de 2003 a 2007. São Paulo, 2008.

	Nº de Licenças		1 a 2 dias		3 a 15 dias		> 15 dias	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar	1341	100%	672	50%	568	42%	101	8%
Técnico	1340	100%	765	57%	528	39%	47	4%
Enfermeiro	526	100%	284	54%	223	42%	19	4%
Total	3207	100%	1721	54%	1319	41%	167	5%

A classificação das licenças médicas pela duração do afastamento em curta, média ou longa duração justifica-se pelos diferentes significados que a sua ocorrência acarreta ao Processo Gerencial e ao processo de tomada de decisão na busca de sua resolução.

Assim, a Tabela 04 apresenta a distribuição do total de licenças médicas, por duração de afastamento, segundo a categoria pro-fissional, no período de 2003 a 2007, representando a frequência de cada tipo de afastamento: de 1 a 2 dias, 3 a 15 dias e maior do que 15 dias.

As licenças médicas de curta duração foram as mais frequentes (54%), seguidas das licenças médicas de média duração (41%) e, de longa duração, apenas 05%, para as três categorias. A categoria “Auxiliar” apresentou o maior percentual (8%) de licenças médicas “acima de 15 dias”, representando o dobro em relação às outras duas categorias (4%).

A tabela 05 apresenta a distribuição do número de dias perdidos, segundo a duração das licenças médicas e a categoria profissional no período estudado. As licenças médicas de longa duração foram responsáveis por 66% (21.036) dos dias perdidos. Já as licenças médicas de curta duração, apenas 07% (2.279). Destaca-se a categoria “Auxiliar”, pelo número de dias perdidos por licenças médicas “acima de 15 dias” face aos percentuais encontrados para as outras categorias, totalizando 73% (12.738).

Tabela 05 - Distribuição do número de dias perdidos por licenças médicas, segundo a duração do afastamento e a categoria profissional, no período de 2003 a 2007. São Paulo, 2008.

	Nº de Dias perdidos		1 a 2 dias		3 a 15 dias		> 15 dias	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Auxiliar	17420	100%	885	05%	3797	22%	12738	73%
Técnico	11274	100%	1000	09%	3401	30%	6873	61%
Enfermeiro	3328	100%	394	12%	1509	45%	1425	43%
Total	32022	100%	2279	7%	8707	27%	21036	66%

Ao se comparar os dados das Tabelas 04 e 05, é possível validar as análises anteriores (item 4.1), referentes ao maior impacto do fenômeno estudado sobre a categoria “Auxiliar”, seguida da categoria “Técnico” e “Enfermeiro”, respectivamente.

5. CONCLUSÃO

As licenças médicas constituem importante ferramenta como indicador de Qualidade na avaliação de Serviços de Enfermagem e seu gerenciamento. Seu monitoramento e avaliação sistemáticos podem subsidiar a tomada de decisão para o planejamento, bem como o aperfeiçoamento de Políticas de Recursos Humanos, Programas de Prevenção à Saúde do Trabalhador e melhoria na Qualidade de Vida no Trabalho.

A análise diferencial para cada categoria profissional mostrou-se necessária, apesar da proximidade das atividades desenvolvidas entre a categoria "Auxiliar" e "Técnico" em enfermagem. Concordamos com Fugulin et al (2003), quanto à necessidade de que os próximos estudos busquem correlacionar as causas das licenças médicas com as condições sociais e com as condições de trabalho.

6. REFERÊNCIAS

- Belém JHR, Gaidzinski RR. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. R Bras Enfém. Brasília, v. 51, n. 4, p. 697-708. 1998.
- Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, Frank J, organizadores. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington: OPAS; 1992. p.383-404.
- Echer IC, Moura GM, Magalhães AM, Piovesan R. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 65-76. 1999.
- Gaidzinski RR, et al. Estudo das ausências da equipe de enfermagem num hospital geral de grande porto. Rev Enf Complexo HC/FMUSP. São Paulo, v. 1, n. 4, p. 8-14. 1998.
- Gaidzinski RR, et al. Estudo das ausências da equipe de enfermagem. / Apresentado ao 2º Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo, Campinas, 1993.
- Kurcgant P, Tronchin DM, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. Rev. Acta Paul Enfém. 2006;(191):88-91.
- Leitão RER, Kurcgant P. Qualidade na prática gerencial da Enfermagem. Niterói: Intertexto, 2004.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Accreditation manual for hospitals. Nursing Care. 1992. p. 79-85.
- NAGEH (Programa CQH). Manual de indicadores de Enfermagem. São Paulo: APM/CREMESP, 2006. p.8.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde. Genebra; 1981.
- Parra MT, Melo MRAC. Ações administrativas do enfermeiro frente ao absenteísmo. Esc Anna Nery R Enfém. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 29-38. 2004.
- Silva DMPP, Marziale MHP. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um Hospital Universitário. Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51. 2000.
- Silva VEF. Qualidade nas instituições de saúde e a prática da enfermagem. São Paulo: Departamento de Orientação Profissional – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996. 13p. Apostila.

T00151 - MORBIDADE INTRAOPERATÓRIA EM UM HOSPITAL PRIVADO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE 3680 PACIENTES

Autor: LIDIOMAR LEMOS DE MAGALHÃES FILHO; Co-autores: ÁLVARO ESCRIVÃO JUNIOR; FABIANE CARDIA SALMAN

Palavras-chave: morbidade, anestesia, epidemiologia, risco

INTRODUÇÃO: A anestesiologia possui potencial de morbi-mortalidade¹ vinculado às condições clínicas dos pacientes e aos seus próprios princípios operacionais, onde quer que seja exercida². Estudos nacionais e internacionais têm vinculado a sua incidência com diferentes fatores: a administração de medicamentos onde o índice terapêutico é relativamente próximo ao limiar tóxico; intervenção direta sobre a fisiologia de sistemas ou órgãos vitais (sistema nervoso, sistema cardiocirculatório, sistema respiratório, fígado e rins) ³; atuação em organismos já debilitados, seja pela doença que motiva a anestesia-cirurgia, como por outros desvios sistêmicos da normalidade; uso de equipamentos pneumáticos, mecânicos, elétricos e eletrônicos⁴, cujos controles de qualidade inicial independem do anestesiológico, e para os quais a manutenção de qualidade é diretamente dependente da estrutura administrativa do hospital ou das instituições provedoras; e a falibilidade, fato inevitável e inerente à nossa condição humana. O erro humano foi destacado há anos na Anestesiologia, sendo esta reconhecida como especialidade pioneira no tratamento do tema segurança. 5, 6

Outros fatores, como a formação profissional deficitária e as más condições de trabalho e segurança assistencial também apresentam impacto negativo no cuidado anestésico.

Estudos sobre a mortalidade relacionada à anestesia mostram resultados muito distintos, variando de 1,6 a cada 10.000 pacientes⁸ a 0,21/10.000 pacientes em estudo no Japão de Kawashima et al⁹. Apesar de ser um fenômeno raro, a mortalidade durante o procedimento anestésico apresenta taxas muito variáveis, de acordo com o método utilizado e com a época analisada.

A morbidade anestésica é um evento mais frequente, com incidência de até 10,6%, sendo as causas mais comuns as relacionadas a overdoses de drogas ou seleção errada de medicamentos (15,3%), arritmias graves (13,9%), isquemia miocárdica (8,8%), manejo inadequado de via aérea (7,9%) e vigilância anestésica inadequada (6,9%).¹⁰ Nos últimos anos podemos notar a mudança no tipo de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e diagnósticos sob anestesia, com o aumento de pacientes mais idosos e com mais doenças associadas. Na França, Clergue publicou aumento de 120% no número de anestésias desde 1980 (6,6 a 13,5 para cada 100 habitantes), concentrando-se esse crescimento nas cirurgias de pacientes com idade superior a 75 anos e/ou estado físico ASA III. ¹¹ Ainda que a classificação de estado físico (ASA) não seja determinante em alguns trabalhos, ela parece complicar a evolução de incidentes críticos em anestesia, que se tornam mais graves quanto maior a classe.^{12, 13, 14}

Em um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos foi verificado que os fatores de risco mais relacionados à alta morbidade intraoperatória foram: pacientes com idade superior a 50 anos, estado físico ASA III ou IV, tipo de anestesia empregada, cirurgias cardiovasculares, torácicas e abdominais, infarto de miocárdio e hipertensão arterial grave. ¹⁵

Por outro lado, Lagasse 16 destaca, apropriadamente que a anestesia ainda não é completamente segura para pacientes com estado físico ASA I ou II, nos quais os principais riscos podem ser os iatrogênicos, e muito menos ainda para os pacientes doentes. Infelizmente a anestesia ainda contribui para graves efeitos adversos e mortes evitáveis.

Diversos trabalhos correlacionam a ocorrência de eventos adversos em anestesia à falhas de equipamentos, erros de medicação e dificuldade de manejo anestésico.^{17, 18} Entretanto, pouco tem se estudado sobre a incidência de complicações não fatais e a relação entre a condição pré-operatória dos pacientes, como idade, criticidade, peso ou sexo e outros fatores de risco, como a técnica anestésica utilizada, a abordagem da via aérea, a utilização de sistemas de aquecimento e a capacitação dos anestesiológicos.

JUSTIFICATIVA: Analisar, do ponto de vista epidemiológico, os fatores condicionantes que determinaram a morbidade em uma população submetida a procedimentos anestésicos em um hospital privado.

MÉTODOS: Realizou-se um trabalho quantitativo com 3680 pacientes pertencentes ao banco de dados de um hospital privado da cidade de São Paulo, os quais submeteram-se a cirurgias ou procedimentos diagnósticos sob anestesia no período de agosto à dezembro de 2007. Excluiu-se os pacientes que apresentavam a falta de alguma informação.

Esse banco de dados possuía as seguintes variáveis: tipo de anestesia (externo ou pertencente ao hospital), idade, peso, tipo de paciente (internado ou ambulatorial), tipo de cirurgia (eletiva ou urgência), classificação de estado físico (ASA), tipo de cirurgia, se o paciente passou ou não pela avaliação pré-anestésica prévia ao procedimento, técnica anestésica utilizada, técnica de abordagem da via aérea no intraoperatório e a utilização de um sistema de aquecimento durante a cirurgia.

Com a utilização do software estatístico Minitab, realizou-se uma regressão logística da variável dependente "intercorrência intraoperatória" sobre as demais variáveis independentes citadas anteriormente, chegando-se com isso num modelo estatístico de intercorrências intraoperatórias.

RESULTADOS: Inicialmente, aplicou-se a técnica stepwise regression sobre todas as variáveis independentes do banco de dados com o objetivo de reduzi-las a um menor número de variáveis mas que fossem mais correlacionadas à variável dependente. Das 11 variáveis iniciais, foram selecionadas 6 (tipo de anestesia, via aérea, ASA, avaliação pré-anestésica, tipo de cirurgia, idade), conforme observa-se no teste abaixo.

Stepwise Regression: intercorrências versus procedimento; técnica anestésica; tipo de anestésista (externo ou pertencente ao hospital), idade, peso, paciente (internado ou ambulatorial), cirurgia (eletiva ou urgência), ASA, realização da avaliação pré-anestésica, técnica de abordagem da via aérea e a utilização de um sistema de aquecimento.

Alpha-to-Enter: 0,15 Alpha-to-Remove: 0,15

Response is intercorrências_v on 11 predictors, with N = 3679

N (cases with missing observations) = 1 N (all cases) = 3680

Step	1	2	3	4	5	6
Constant	1,029	1,029	1,029	1,029	1,029	1,029
anest_v	-0,0118	-0,0125	-0,0163	-0,0157	-0,0157	-0,0157
T-Value	-4,30	-4,56	-5,13	-4,90	-4,91	-4,91
P-Value	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
via_aerea_v		0,0110	0,0116	0,0112	0,0112	0,0113
T-Value		4,01	4,21	4,06	4,03	4,07
P-Value		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
asa_v		0,0075	0,0120	0,0119	0,0104	
T-Value		2,36	2,91	2,90	2,46	
P-Value		0,018	0,004	0,004	0,014	
av_pre_v			-0,0067	-0,0067	-0,0061	
T-Value			-1,72	-1,70	-1,53	
P-Value			0,086	0,090	0,126	
cirurgia_v				-0,0045	-0,0045	
T-Value				-1,62	-1,63	
P-Value				0,105	0,103	
idade_v					0,0042	
T-Value					1,46	
P-Value					0,145	
S	0,167	0,167	0,166	0,166	0,166	0,166

R-Sq	0,50	0,93	1,08	1,16	1,23	1,29
R-Sq(adj)	0,47	0,88	1,00	1,05	1,10	1,13
Mallows C-p	25,7	11,6	8,0	7,1	6,4	6,3

Em seguida, realizou-se a regressão logística da variável independente "intercorrência intraoperatória" sobre as 6 variáveis dependentes obtidas anteriormente, chegando-se a um modelo estatístico significativo ($p < 0,05$).

Apesar disso, três variáveis mostraram pouca importância no modelo devido ao alto valor de p: avaliação pré-anestésica ($p = 0,129$), tipo de cirurgia ($p = 0,165$) e idade ($p = 0,116$).

Binary Logistic Regression: Intercorrências versus Tipo de Anestesiista_versus via_aérea_versus ASA_versus avaliação pré-anestésica_versus tipo de cirurgia_versus idade.

Link Function: Logit

Response Information

Variable	Value	Count
Intercorrências S	106	(Event)
N	3574	
Total	3680	

Logistic Regression Table

Predictor	Coef	SE Coef	Z	P	Ratio	95% CI Lower	95% CI Upper
Constant	-3,75219	0,121175	-30,97	0,000			
sma_v	-0,551099	0,114735	-4,80	0,000	0,58	0,46	0,72
via_aérea_v	0,453636	0,118637	3,82	0,000	1,57	1,25	1,99
asa_v	0,306371	0,142396	2,15	0,031	1,36	1,03	1,80
av_pre_v	-0,286006	0,188646	-1,52	0,129	0,75	0,52	1,09
cirurgia_v	-0,0965634	0,0694921	-1,39	0,165	0,91	0,79	1,04
idade_v	0,168672	0,107201	1,57	0,116	1,18	0,96	1,46

Log-Likelihood = -456,335

Test that all slopes are zero: G = 48,260, DF = 6, P-Value = 0,000

Goodness-of-Fit Tests

Method	Chi-Square	DF	P
Pearson	427,685	248	0,000
Deviance	120,133	248	1,000
Hosmer-Lemeshow	5,272	6	0,509

Table of Observed and Expected Frequencies:

(See Hosmer-Lemeshow Test for the Pearson Chi-Square Statistic)

Value	Group								Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
S										
Obs	4	5	5	9	21	14	15	33	106	
Exp	2,3	3,8	6,0	10,4	20,5	15,9	20,3	26,8		
N										
Obs	364	366	408	497	750	462	409	318	3574	
Exp	365,7	367,2	407,0	495,6	750,5	460,1	403,7	324,2		
Total	368	371	413	506	771	476	424	351	3680	
Measures of Association:										
(Between the Response Variable and Predicted Probabilities)										
Pairs	Number	Percent	Summary Measures							
Concordant	245912	64,9	Somers' D 0,36							
Discordant	107687	28,4	Goodman-Kruskal Gamma 0,39							
Ties	25245	6,7	Kendall's Tau-a 0,02							
Total	378844	100,0								

Conforme pode-se observar acima, o teste de aderência foi significativo, uma vez que o teste de Hosmer-Lemeshow possuiu um $p=0,509$ ($p>0,05$) e as medidas de associação também foram significantes pois o modelo apresentou um par concordante de 64,9%. Isso tudo evidencia que o modelo tem um bom nível preditivo de intercorrências intraoperatórias.

É importante salientar que na amostra analisada não foi observado nenhum caso de morte relacionada à anestesia, somente um caso de parada cardio-respiratória, no qual foram realizadas manobras de ressuscitação cardiopulmonar, com sucesso.

CONCLUSÕES: Diferentemente de Newland, obteve-se uma morbidade de 2,8%, talvez pelo hospital privado paulistano possuir um maior foco em cirurgias eletivas de pacientes ASA I e II ao passo que aquele teve mais pacientes ASA III e IV.

A primeira variável que mais contribuiu com o modelo foi a procedência do anestesista, ou seja, o fato desse fazer parte do corpo clínico fixo do hospital contribuiu para a redução da morbidade intraoperatória. Isso pode estar relacionado aos critérios de contratação, atualização e seguimento de protocolos assistenciais, pois conforme Cohen (1986), uma das causas de morbidade anestésica está relacionada à falta de capacitação teórico-prática dos anesthesiologistas.

A seguir, obteve-se a técnica de abordagem de via aérea no intraoperatório como segunda variável que mais contribuiu com o modelo, fato esse já esperado pois conforme Newland et al (2002), o manejo inadequado de via aérea foi responsável por até 7,9% das intercorrências intraoperatórias.

Por último, mas não menos importante, apareceu a variável de classificação do estado físico do paciente (ASA), a qual também é largamente citada pela literatura conforme pode-se observar em Forrest et al (1992) em um estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos.

Não verificamos na amostra analisada nenhum óbito relacionado à anestesia, o que também condiz com a literatura, que relata taxas muito pequenas na proporção de 1,6 óbitos para cada 10.000 pacientes, segundo estudo de Clifton. Neste contexto, observa-se uma preocupação crescente nas Sociedades de Anestesiologia em criar uma fonte atualizada de dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade relacionadas a eventos anestésicos e seus fatores preditivos.

Somente com a análise cuidadosa dos fatores condicionantes da morbidade anestésica e a tomada de decisão focada nestes será possível aprimorar a técnica anestésica, capacitar os anesthesiologistas e proporcionar cada vez mais uma diminuição no comprometimento da saúde destes pacientes.

BIBLIOGRAFIA:

1. Nocite J R - Mortalidade em Anestesia. O Risco Inerente. Rev Bras Anest 1990; 40:1-2.
2. Araújo Neto, JP; Oliva Filho, AL – Morbidade e Mortalidade em Anestesiologia. Rev Bras Anest 1991; 41:1-2.
3. Mangano D - Perioperative cardiac morbidity. Anesthesiology 1990; 72: 153-184.
4. Honey H, Carroll J. Anesthesia equipment malfunction. Anaesthesia 1985; 40:62-65.
5. Gaba D - Anesthesiology as a model for patient safety in health care. BMJ, 2000; 320:785-788.
6. Reason J - Human error: models and management. BMJ, 2000; 320:768-770.
7. Small S - Reframing the question of human error: tools to navigate the next era in anesthesia safety. ASA Refresher Courses, 2001; 29:229-233.
8. Clifton BS, Hotten WI - Deaths associated with anaesthesia. Br J Anaesth, 1963; 35:250-259.
9. Kawashima Y, Takahashi S, Suzuki M et al - Anesthesia - related mortality and morbidity over a 5-year period in 2,363,038 patients in Japan. Acta Anaesthesiol Scand, 2003; 47:809-817.
10. Newland M, Ellis S, Lydiatt C et al - Anesthetic-related cardiac arrest and its mortality: a report covering 72,959 anesthetics over 10 years from a US Teaching Hospital. Anesthesiology, 2002; 97:108-115.
11. Clergue F, Auroy Y, Peguinet F et al - French survey of Anesthesia in 1996. Anesthesiology, 1999; 91:1509-1520.
12. Biboulet P, Aubas P, Dubourdieu J et al - Fatal and no fatal cardiac arrests related to anesthesia. Can J Anesth, 2001; 48: 326-332.
13. Morray JP, Geiduschek JM, Ramamoorthy C et al - Anesthesia- related cardiac arrest in children. Anesthesiology, 2000; 93: 6-14.
14. Barreiro G, Garat J - Incidentes críticos em anestesia. Rev Bras Anestesiol, 1992; 42: 357-376.
15. Forrest JB, Rehder K, Cahalan MK et al - Multicenter study of general anaesthesia. Predictors of severe perioperative adverse outcomes. Anesthesiology, 1992; 76:3-15.
16. Lagasse RS - Anesthesia safety: model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. Anesthesiology, 2002; 97:1609-1617.
17. Cohen et al. A survey of 112,000 anaesthetics at one teaching hospital (1975-83) - Can Anaesth Soc J 1986 / 33: 1 / pp 22-31.
18. Arbous, MS; Grobbee, DE; van Kleef, JW; de Lange, JJ; Spoomans, HHAJM; Touw, p.; Werner, FM; Meursing, GE - Mortality associated with anaesthesia: a qualitative analysis to identify risk factors.

RESUMO:

INTRODUÇÃO: A anestesiologia possui potencial de morbi-mortalidade vinculado às condições clínicas dos pacientes e aos seus próprios princípios operacionais, onde quer que seja exercida. A morbidade anestésica possui incidência de até 10,6%, sendo as causas mais comuns as relacionadas a overdoses de drogas ou seleção errada de medicamentos (15,3%), arritmias graves (13,9%), isquemia miocárdica (8,8%), manejo inadequado de via aérea (7,9%) e vigilância anestésica inadequada (6,9%) (Newland et al, 2002). **JUSTIFICATIVA:** O presente trabalho busca responder as perguntas **QUAIS** variáveis e **COMO** elas influenciaram na morbidade intra-operatória de pacientes submetidos a procedimentos anestésicos. **MÉTODO:** Realizou-se um trabalho quantitativo com 3680 pacientes pertencentes ao banco de dados de um hospital privado da cidade de São Paulo, os quais submeteram-se a cirurgias ou procedimentos diagnósticos sob anestesia no período de agosto à dezembro de 2007. Esse banco

de dados possuía as seguintes variáveis: tipo de anestesista (externo ou pertencente ao hospital), idade, peso, tipo de paciente (internado ou ambulatorial), tipo de cirurgia (eletiva ou urgência), classificação de estado físico (ASA), tipo de cirurgia, se o paciente passou ou não pela avaliação pré-anestésica prévia ao procedimento, técnica anestésica utilizada, técnica de abordagem da via aérea no intraoperatório e a utilização de um sistema de aquecimento durante a cirurgia. Com a utilização do software estatístico Minitab, realizou-se uma regressão logística da variável dependente "intercorrência intraoperatória" sobre as demais variáveis independentes citadas anteriormente, chegando-se com isso num modelo estatístico de intercorrências intraoperatórias. RESULTADOS: Através da técnica stepwise regression, reduziu-se as variáveis de 11 para 6 (tipo de anestesia, via aérea, ASA, avaliação pré-anestésica, tipo de cirurgia, idade). Em seguida, realizou-se a regressão logística da variável independente "intercorrência intraoperatória" sobre as 6 variáveis dependentes obtidas anteriormente, chegando-se a um modelo estatístico significativo ($p < 0,05$). CONCLUSÕES: As variáveis que contribuíram significativamente com a morbidade intra-operatória foram, por ordem de importância: procedência do anestesista, ou seja, o fato desse fazer parte do corpo clínico fixo do hospital, técnica de abordagem de via aérea no intraoperatório e finalmente, classificação do estado físico do paciente (ASA). Somente com a análise cuidadosa dos fatores condicionantes que determinam a morbidade anestésica e a tomada de decisão nestes será possível aprimorar a técnica anestésica, capacitar os anestesiólogos e proporcionar cada vez mais uma diminuição no comprometimento da saúde destes pacientes.

T00155 - EVOLUÇÃO DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA A PARTIR DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO ESTIMADO PELA ANÁLISE DE SOBREVIDA

Autor: LUIS FERNANDO LISBOA; Co-autores: ALESSANDRA DA G. CORRÊA; FERNANDO BACAL; MÁRCIA MAKDISSE

RESUMO

Evolução de Insuficiência Cardíaca a partir do Infarto Agudo do Miocárdio estimado pela análise de sobrevida. 2009.

A Insuficiência cardíaca (IC) é um dos principais problemas em saúde pública, sendo a principal causa de incapacidade e morbidade, prejudicando a habilidade dos pacientes em exercer atividades diárias e profissionais, e também apresenta alta mortalidade nas formas avançadas.

O objetivo desse estudo é avaliar a propensão do paciente desenvolver IC, dado que ele sofreu um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Foi conduzido num hospital privado, com um protocolo gerenciado de IAM, que ajuda a minimizar a possibilidade de um tratamento mal conduzido. A propensão de um paciente com IAM evoluir para IC foi estimada em 8,7% em 12 meses.

Palavra-chave: Insuficiência Cardíaca, Infarto Agudo do Miocárdio, Análise de sobrevida.

Introdução

No Brasil, as doenças cardiovasculares figuram entre as principais causas de mortalidade, sendo o infarto agudo do miocárdio a entidade nosológica mais frequente dentre as doenças isquêmicas do coração. O infarto do miocárdio se dá quando o suprimento de sangue a uma parte do músculo cardíaco é reduzido ou cortado totalmente. Isso acontece quando uma artéria coronária está contraída ou obstruída, parcial ou totalmente. Pacientes com IAM tem maiores chances de desenvolver uma trombose coronariana, comprovada em 90% dos pacientes com IAM, através de comprovação angiográfica. Estudos epidemiológicos revelam taxas de mortalidade geral ao redor de 30%, sendo que metade dos óbitos ocorre nas primeiras duas horas do evento e 14% morrem antes de receber atendimento médico. A American Heart Association estima que um terço dos pacientes que sofrem IAM vão a óbito num prazo de até 24 horas, e os que sobrevivem sofrerão de significantes morbidades e que pode evoluir para Insuficiência Cardíaca. O prognóstico quanto à qualidade de vida e a duração da vida após um IAM depende da gravidade, da extensão do infarto e de outras doenças que acompanham o paciente. Muitos sintomas de doença das coronárias são ignorados pelos pacientes e também pelos médicos. Existem infartos silenciosos, que são revelados ao eletrocardiograma ou outros exames por ocasião de exames rotineiros. Os fatores de risco que predispoem as pessoas a IAM estão relacionados a hábitos do estilo de vida e histórico familiar, porém os médicos sabem que 66% dos pacientes não mudam o seu estilo de vida e não seguem as prescrições e conselhos médicos para evitar um novo infarto. O advento das Unidades Coronarianas e a introdução do tratamento de reperfusão com fibrinolíticos ou angioplastia primária foram fundamentais para reduzir a mortalidade e as complicações relacionadas à doença. Os pacientes admitidos nos serviços de emergência precocemente são os que mais se beneficiam das técnicas terapêuticas hoje disponíveis. A mortalidade intra-hospitalar, ao redor de 30% antes de 1960, diminuiu para 16% com o advento das Unidades Coronarianas. Posteriormente, com o desenvolvimento dos fibrinolíticos e da angioplastia primária, as taxas declinaram até cerca de 6 a 8% nos primeiros 30 dias após o IAM. Portanto, o prognóstico dos pacientes depende, fundamentalmente, da agilidade em alcançar um serviço médico e da eficiência desse serviço em obter a reperfusão coronariana o mais rápido possível. Acreditamos que a sua condição clínica pode ser determinante para a evolução para IC. Nossa intenção é tentar estimar propensão de um paciente desenvolver insuficiência cardíaca dado que ele já foi internado com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Esse tempo de evolução é nosso objeto de interesse, daí a abordagem sob a ótica de modelos de sobrevida.

Objetivo Principal

Avaliar a propensão de um paciente desenvolver Insuficiência Cardíaca (IC), dado que ele sofreu um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), com a aplicação de modelos de sobrevida.

Objetivos Secundários

1. Identificar os fatores de risco que possam acelerar a evolução do paciente com diagnóstico de IAM para IC.
2. Classificar o período evolutivo do paciente baseado nas covariáveis explicativas (como dados demográficos, diagnóstico inicial, fatores de risco e histórico clínico).
3. Fornecer subsídios para a criação e revisão de programas educacionais preventivos.

Justificativa

A IC é primordialmente uma condição do avanço da idade, e com o aumento da expectativa de vida da população, é de esperar o aumento da prevalência de IC, por isso quanto mais cedo for o diagnóstico, melhor o tratamento da doença.

Métodos

Esse estudo foi desenvolvido em um Hospital Privado da cidade de São Paulo, com um protocolo gerenciado de IAM implantado, dessa forma já tem estabelecido previamente as definições para o tratamento do infarto. O fato de já existir o protocolo gerenciado, favorece o estudo porque ajuda a minimizar possíveis fatores de confusão, em relação à conduta e prática médica.

Foram considerados os pacientes com diagnóstico de IAM internados a partir de janeiro de 2004. Os pacientes que retornaram em outra ocasião com diagnóstico principal de internação de IC crônica descompensada foram caracterizados como evento. Os pacientes que re-internaram com diagnóstico diferente de IC foram caracterizados como censura.

Pacientes com diagnóstico de IAM, e só tiveram uma única internação, ou pacientes que já sofriam de IC, não foram considerados.

As probabilidades acumuladas de evolução para IC foram estimadas pelo método do produto-limite de Kaplan-Meier. A homogeneidade entre as curvas foi comparada pelo teste de log-rank. O efeito das covariáveis (sexo, idade, tipo de infarto, fração de ejeção, Killip, escore Timi, presença de diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, histórico familiar, e tabagismo) foi estimado pelo modelo de riscos proporcionais de Cox. Foram calculados os modelos na forma univariada, e as variáveis que apresentaram valor de p inferior a 0,30 foram incluídas no modelo múltiplo. Foi considerada diferença estatisticamente significativa para valores de p inferiores a 0,05, e os testes aplicados foram calculados com o auxílio do software SAS System for Windows, versão 9.1. (SAS Institute Inc©, Gary, NC, USA).

Resultados

No período estudado, dos 337 pacientes continham a maioria dos fatores. Destes, 15 (4%) tinham insuficiência cardíaca (IC) e 362 (96%) tinham registro de infarto agudo do miocárdio (IAM). A prevalência e a razão de risco (HR) para IC dos fatores estudados estão na tabela 1.

Os fatores sexo, idade e fração de ejeção apresentaram diferença estatisticamente significativa na análise univariada. Na análise múltipla somente sexo e fração de ejeção mantiveram a significância estatística.

Fatores Estudados	Insuficiência Cardíaca		Infarto Agudo do Miocárdio		Total		Razão de Risco (bruta), IC _{95%} e valor de p		
	n	%	n	%	HR	inf	sup	p	
Sexo									
Feminino	9	7,4%	113	92,6%	122	1,00			
Masculino	6	2,4%	249	97,6%	255	0,26	0,09	0,74	0,01
Idade									
Abaixo de 80 anos	7	2,6%	262	97,4%	269	1,00			
Maior ou igual a 80 anos	8	7,4%	100	92,6%	108	1,04	1,00	1,08	0,04
Fração de Ejeção									
Abaixo de 45%	10	13,3%	65	86,7%	75	1,00			
Maior ou igual a 45%	5	1,8%	278	98,2%	283	0,91	0,88	0,95	< 0,0001
Tipo de Infarto									
Com supra	6	4,8%	119	95,2%	125	1,00			
Sem supra	8	3,8%	202	96,2%	210	1,06	0,37	3,06	0,90
Killip									
I/II	13	4,1%	305	95,9%	318	1,00			
III/IV	1	5,9%	16	94,1%	17	2,48	0,32	19,11	0,38
Escore Timi									
Abaixo de 4	10	3,6%	270	96,4%	280	1,00			
Maior ou igual a 4	5	5,2%	91	94,8%	96	1,19	0,96	1,47	0,12
Diabetes Mellitus									
SIM	5	4,5%	105	95,5%	110	1,39	0,47	4,06	0,55
NÃO	10	3,9%	247	96,1%	257	1,00			
Dislipidemia									
SIM	2	2,3%	84	97,7%	86	0,44	0,10	1,97	0,28
NÃO	13	4,7%	263	95,3%	276	1,00			
Hipertensão arterial									
SIM	7	3,6%	189	96,4%	196	0,77	0,28	2,12	0,61
NÃO	8	4,8%	158	95,2%	166	1,00			
Histórico Familiar									
SIM	0	0,0%	45	100,0%	45	-	-	-	0,99
NÃO	15	4,6%	312	95,4%	327	1,00			
Fumante no último ano									
SIM	4	4,4%	87	95,6%	91	1,11	0,35	3,48	0,86
NÃO	11	3,9%	273	96,1%	284	1,00			

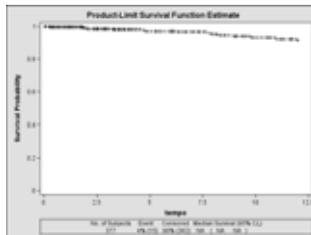
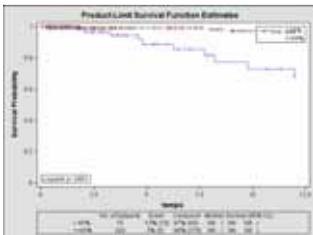
Fonte: Cardíaco / Ec. Saúde - HIAE

Tabela 1: Prevalência dos fatores e razão de risco (HR) para insuficiência cardíaca no período de 1 ano após infarto agudo do miocárdio: HIAE 2004-2008

Assim, um paciente que sofreu infarto agudo do miocárdio apresenta uma propensão de 8,7% de sofrer insuficiência cardíaca num período de 12 meses (figura 1). Pacientes do sexo feminino apresentam uma propensão de 16,1% de evoluir para IC em até 1 ano, enquanto pacientes do sexo masculino, a propensão é de 5,4%. Pacientes com fração de ejeção inferior a 45% apresentam propensão de 31,5%, enquanto que pacientes com fração de ejeção igual ou maior a 45%, a propensão é de 3,9%.

Figura 1: Curva de probabilidade acumulada de evolução para insuficiência cardíaca a partir do infarto agudo do miocárdio. HIAE 2004-2008 (método de Kaplan-Meier)

Figura 2: Curva de probabilidade acumulada de evolução para insuficiência cardíaca a partir do infarto agudo do miocárdio, estratificado pela fração de ejeção. HIAE 2004-2008 (método de Kaplan-Meier)



Conclusão

Embora o período de 1 ano pode não ser suficiente para revelar outros fatores, aqueles que apresentaram significância estatística são consistentes do ponto de vista de referência bibliográfica, e desempenham importante papel como marcador na triagem e na conduta médica.

T00157 - POLÍTICAS DE GESTÃO E SEGURANÇA NO TRABALHO EM EMERGÊNCIA: O QUE IMPORTA PARA GESTORES, TRABALHADORES E ESTUDANTES?

Autor: VERA LÚCIA PEIXOTO SANTOS MENDES; Co-autor: ELY DA SILVA MASCARENHAS

Palavras-Chave: Políticas de Gestão. Segurança no Trabalho em Emergência

Introdução

O objeto de estudo deste paper é a análise sobre a existência de uma Política de Gestão e Segurança no trabalho, com ênfase nos materiais perfurocortantes, pela sua maior incidência, no locus da pesquisa. Foram investigadas as ferramentas utilizadas no gerenciamento dos riscos de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes em um hospital de emergência, do Serviço Público Estadual na Cidade do Salvador-BA.

Seus objetivos são identificar a existência de uma Política de Gestão e Segurança, mediante gerenciamento dos riscos de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes adotados em um hospital público de emergência na Cidade do Salvador-BA e conhecer a importância atribuída pelos gestores, estudantes e trabalhadores do hospital aos acidentes ocorridos em 2007.

Os resultados deste estudo podem auxiliar na formulação de Políticas efetivas de Gestão, Qualidade e Segurança no trabalho em organizações hospitalares com características similares, considerando os riscos particulares do processo de trabalho em saúde.

Justificativa

Acidentes de trabalho constituem importante problema de saúde pública porque geram graves conseqüências sociais e altos custos para a Previdência Social, para as empresas públicas e privadas e, principalmente, para os trabalhadores. Além disso, para HIV/AIDS e hepatite C não têm vacinação nem cura. Estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) revelam que, em todo o mundo, anualmente ocorrem 160 milhões de doenças profissionais, 250 milhões de acidentes de trabalho e 330 mil óbitos por de acidentes de trabalho.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde e Trabalho (INST), atualmente ocorrem três mortes por acidentes de trabalho a cada duas horas e três acidentes não fatais a cada minuto no Brasil. Só em 2004, no Anuário Estatístico da Previdência Social, foram registrados 458.956 acidentes de trabalho típicos. Destes, 2.801 resultaram em óbitos (INST, 2005).

No País, entre as atividades de maior incidência de doenças relacionadas ao trabalho, em 2004, a indústria de transformação ocupou o primeiro lugar com 10.381 casos registrados, e o setor de serviços obteve a segunda classificação com 9.882 casos por ano.

No segmento de serviços, o setor de saúde e serviços sociais contabilizou 32.779 acidentes. As atividades hospitalares lideraram as estatísticas em 2004, totalizando 25.881 casos. Entre os 1.204 óbitos por acidente de trabalho ocorridos no setor de serviços em 2004, 421 foram do setor de saúde e serviços sociais. As atividades hospitalares apresentaram 408 óbitos durante aquele ano.

No que se refere às doenças ocupacionais, nesse mesmo ano, o número de casos registrados foi de 27.587, representando uma elevação percentual de 15,6% em relação ao ano anterior. O Estado da Bahia registrou as maiores taxas específicas de incidência de doença ocupacional em todo o país, correspondendo a 2,2 por mil (INST, 2005).

Em 2003, um Relatório da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador divulgou que a taxa de acidentes fatais do Brasil foi da ordem de 0,23 acidentes fatais por mil pessoas, considerando apenas os segurados da Previdência Social, o que colocou o Brasil em quarto lugar entre os de maior risco de morte no trabalho, abaixo apenas de El Salvador, Coréia e Índia (CONASS/CIST, 2003).

Esses dados se referem apenas aos trabalhadores do setor formal do mercado de trabalho, oriundos, em sua maioria, do setor privado da economia. Oliveira (2002) registra que a estatística oficial tem por base as informações prestadas sobre o acidente, todavia esses registros abrangiam apenas 50% dos acidentes ocorridos na década de 90. Isso ocorre por ignorância dos envolvidos, por receio das conseqüências ou por se referirem aos trabalhadores do mercado formal e, também, porque muitas doenças originadas no trabalho são diagnosticadas e tratadas como doenças comuns.

Na Bahia, resultados do estudo da demanda do Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador (BAHIA/CESAT, 2005), órgão vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SESAB) demonstra que 9,7% dos trabalhadores atendidos no Ambulatório de Atenção à Saúde do Trabalhador são oriundos de organizações prestadoras de serviços de assistência à saúde, sendo que o maior percentual desses trabalhadores advém do setor público (BAHIA/CESAT, 2004).

Métodos

Foi realizado estudo de caso de natureza qualitativa, exploratória, em uma organização hospitalar de grande porte, com serviço de emergência, do setor público estadual, localizada na Cidade do Salvador-Ba. Para assegurar o anonimato, a organização foi denominada Hospital "A". Esta não possui Comissão de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA), nem Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho (SRSMT), nem Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), embora a Legislação de Saúde e Segurança no Trabalho obrigue as empresas do setor privado que possuem trabalhadores com contrato de trabalho regido pela CLT a elaborarem PCMSO e PPRA, bem como constituírem a CIPA. O Hospital "A" é uma unidade docente assistencial, onde atuam estudantes de todas as áreas da saúde.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados roteiros de entrevista semi-estruturada, análise documental e formulários. A coleta se deu em outubro de 2008.

A descrição do acidente foi feita pelos próprios acidentados e tornou-se essencial para traduzir a importância atribuída aos acidentes pelos gestores, trabalhadores e estudantes. As entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo feita a análise de conteúdo das narrativas dos entrevistados (BARDIN, 1997). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SESAB, conforme Resolução 196 do Ministério da Saúde, e os entrevistados assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizada a análise de conteúdo das entrevistas com os gestores, trabalhadores e estudantes do Hospital "A" que trabalham na emergência do locus da pesquisa, com o objetivo de compreender melhor a realidade dos acidentes com materiais biológicos, sendo também analisados fragmentos textuais das entrevistas e da descrição dos acidentes de trabalho, principalmente aqueles de maior freqüência: os instrumentos perfurocortantes.

Foram analisados documentos utilizados pela gestão hospitalar, tais como: o Fluxo para Acidentes com Materiais Biológicos, o Formulário de Notificação de Acidente Biológico no Hospital, o Formulário de Encaminhamento dos Trabalhadores Acidentados para a Unidade de Saúde de Referência em Doenças Infecto Contagiosas o Roteiro Introdutório ao Hospital "A" do Serviço de Higienização e o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Resultados

A principal ferramenta utilizada na Gestão de Saúde e Segurança dos trabalhadores do Hospital "A" é a "Cartilha de Orientação na Ocorrência de Acidente Biológico", elaborada pela diretoria do hospital e pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCH). Esta cartilha contém o Fluxo de Atendimento em Caso de Acidente com Material Biológico. Antes da existência desse fluxo, não havia uniformização nem padronização dos registros de acidentes ocupacionais, e o sub-registro era certamente maior do que possa haver hoje. Em 2007, por ocasião do lançamento da Cartilha de Orientação do Hospital "A", foi realizada ampla divulgação do fluxo junto à equipe multiprofissional do referido Hospital. Segundo informação da equipe técnica, este trabalho continua sendo realizado com os profissionais que ingressam no serviço, seja por concurso público, seja através do Regime Especial de Direito Administrativo (REDA).

O protocolo do Ministério da Saúde sobre acidentes com material biológico considera que os acidentes de trabalho com esses materiais devem ser tratados como situação de emergência. Deste modo, é bastante pertinente que os trabalhadores acidentados sejam atendidos na emergência do Hospital. Entretanto, o fato de inexistir uma equipe de Saúde e Segurança do Trabalhador traz como consequência imediata que os acidentes com materiais perfurocortantes sejam identificados pela equipe como "mais uma tarefa" a assumir, entre tantas outras. O relato abaixo retrata esta situação:

[...] foi feito um fluxo, uma cartilha, um treinamento e..., tentamos deixar com o chefe da equipe a responsabilidade para que no momento do acidente as pessoas soubessem a quem se dirigir. Mas aí não teve jeito porque cada chefe de equipe estava fazendo de um jeito, orientando de um jeito. Então foi resolvido deixar com a coordenação de enfermagem. Assim, a procura maior é na coordenação de enfermagem da emergência. Por conta disso, acho que a operacionalização de ter que fazer a ficha para ser atendido pelo médico da emergência a demanda ficou maior para a coordenação da emergência. Com isso, nós pedimos pra elas que tivessem paciência porque é um trabalho a mais para elas, mas que elas atendessem essas pessoas no momento. (Gestor 1).

Outros instrumentos que integram a gestão dos acidentes são o Mapa Mensal de Acidentes Biológicos, utilizado para notificação dos acidentes biológicos no Centro Estadual de Infecção Hospitalar (CEIH), e o Roteiro Introdutório ao Hospital "A", elaborado pela Coordenação de Enfermagem do Serviço de Higienização do Hospital "A", dirigido aos trabalhadores da Higienização.

Apesar de o Hospital "A" utilizar essas ferramentas de gestão dos acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes e possuir um fluxo definido de atendimento, ainda não os notifica no SINAN NET, conforme Portaria No. 777/2004 do Ministério da Saúde.

Em síntese, o Hospital "A" não dispõe de uma Política de Gestão e Segurança no Trabalho. Isso se evidencia na ausência da CIPA, da Comissão de Saúde, na não notificação no SESMT, e na não existência de uma equipe de profissionais de Saúde e Segurança para atuar na Saúde do Trabalhador. O que existe são algumas iniciativas por parte da equipe técnica e da equipe de gestores para a proteção da saúde dos trabalhadores, a exemplo do fluxo e da cartilha.

No que se refere à descrição dos acidentes de trabalho, coletada no Formulário para Acidente Ocupacional Biológico, observamos que o momento imediatamente subsequente ao acidente com o material perfurocortante é crítico. É nesse instante que o trabalhador se relaciona com outro profissional, não mais na condição de colega, mas como um usuário do serviço de saúde.

Na descrição dos acidentes são observadas situações relativas ao trabalho noturno, quando o trabalhador relata a hora em que o acidente ocorreu, conforme descrito:

Na sala de sutura, às 3 horas da manhã, reencepei a agulha depois de uma intramuscular e me furei. (Auxiliar de Enfermagem 1).

Após a aplicação da medicação das 4 horas manhã, a agulha caiu no meu pé.(Auxiliar de Enfermagem 2).

A prática de reencapar agulha, apesar de ser um procedimento condenado pelas regras de biossegurança, ainda está presente na rotina dos acidentes de trabalho, conforme relatos:

Já havia realizado a anestesia local, reencapado a agulha e a tentar a proteção da agulha me acidentei. (Interno de medicina 1).

Acidentei-me no reencepe de agulha após anestesia local... (Interno de medicina 2).

Além das tentativas de reencapar agulhas, o momento do descarte ou o local onde provisoriamente o material perfurocortante é depositado foi mencionado na descrição do acidente feita por alguns trabalhadores:

Após administrar a medicação, coloquei a agulha na bandeja e furei o dedo. (Auxiliar de Enfermagem 3).

Ao descartar na caixa de perfuro, esbarrei na colega e na caixa de perfuro, não sei informar qual seringa. (Técnica de Enfermagem 1).

Durante o deslocamento do material perfuro para descarte na caixa e ocorreu o acidente. (Enfermeira 1).

Apesar de as agulhas estarem presentes na maioria dos acidentes perfurocortantes do Hospital "A", outros materiais aparecem por meio da descrição dos trabalhadores:

Cortei o dedo durante o manuseio da serra de Gigli no Centro Cirúrgico (Interno de medicina 3).

Quando ajudava na cirurgia, me feri com fio Kirschner. (Instrumentador 1).

Pelo exposto, observamos que há um baixo controle do profissional de saúde sobre as condições do ambiente onde desenvolve o seu trabalho. Nos hospitais de atendimento de urgências/emergências, o número de pessoas que necessitam de atendimento, independe do controle da equipe de saúde.

Para minimizar essa situação, é fundamental o bom funcionamento do acolhimento/triagem dos casos admitidos, bem como o planejamento e funcionamento da rede de serviços de saúde, no que a atuação da Central de Regulação e o QuaillSUS têm grande importância, tanto para encaminhar os casos, quanto para dar suporte aos encaminhamentos.

No cotidiano dos serviços de emergência, os problemas de saúde são relacionados às causas externas, tais como os acidentes de trânsito e de trabalho, e ao crescimento da violência urbana. A equipe de saúde que atua nestas unidades hospitalares, frequentemente convive com vítimas e agressores, envolvidos na criminalidade urbana. Outro aspecto é a própria situação de saúde dos usuários. Devido à superlotação das emergências, muitos deles encontram-se acomodados em macas distribuídas nos corredores e submetidos a uma situação limite entre a vida e a morte.

Nas descrições a seguir, observamos situações em que os trabalhadores relatam acidentes nos quais os usuários dos serviços de saúde, de alguma forma, estiveram diretamente envolvidos:

Após aplicação da injeção no paciente, houve um movimento brusco, causando uma lesão na mão minha mão esquerda. (Auxiliar de enfermagem 4).

Acidetei-me na ambulância, com um paciente agitado, quando eu estava tentando administrar medicamento. (Médico 1).

O paciente estava sendo suturado no queixo por mim, quando outro paciente começou a gritar e o paciente suturado se mexeu, fazendo com que a agulha perfurasse minha mão. (Estudante de medicina 1).

Durante sutura da orelha esquerda do paciente, a agulha transfixou a pele do meu dedo. (Estudante de medicina 2).

O trecho abaixo descreve o reconhecimento do gestor sobre a tensão, a incerteza e o estresse do profissional de saúde a partir da contaminação acidental por material biológico, embora evidencie que a implantação do fluxo tenha recebido uma avaliação positiva pela equipe:

Houve um pequeno avanço no sentido das pessoas terem mais conhecimento, porque, por mais treinamentos que a gente tivesse feito, as pessoas na hora do acidente ficam meio que tontas, sem saber o que acontece, sem saber o que deve fazer, sem saber o que vai ser delas, ficam meio que perdidas, e às vezes até as pessoas que foram treinadas para dar essa orientação também, na hora por outros afazeres, não dão maior importância a isso. Houve talvez uma conscientização maior da importância do fluxo desses acidentes. Eu acho que ele está acontecendo mais do que antes, corretamente. (Gestor 2).

Ao refletir sobre o discurso corriqueiro do descuido, o profissional entrevistado fala da tarefa, da atividade realizada na prestação do cuidado em saúde e dos significados que essa atividade assume: o estresse de ter diante de si a vida por um fio, a riqueza e a singularidade do trabalho real, em oposição ao trabalho prescrito.

O que o entrevistado conclui, desvela que, por trás do “descuido”, muitas vezes o que acontece é o cuidado, o zelo com a vida, ressignificando a representação social corriqueira e simplista que atribui a ocorrência dos acidentes ao “descuido” do trabalhador, que se fundamenta na culpabilização da vítima:

...o exemplo da agulha, por um descuido ou descaso, geralmente são pessoas que manuseiam com materiais perfurocortantes e que às vezes não têm aquele devido cuidado. Haja vista uma particularidade que talvez seja bom você referir, um hospital de trauma, um hospital de emergência como este, se eu recebo um paciente politraumatizado na emergência e que eu tenha vários profissionais atuando no cuidado daquele paciente, de repente, na própria agonia da parada cardíaca, da hemorragia, eu passo um jelco, tiro a parte de metal e aí... me dê o soro, coloque aqui..., e eu larguei aquela coisa ali... então você vê, é um descuido? É! ...mas é um descuido na hora,...num momento que tem uma coisa maior, que é a situação, a hemorragia. Então eu não sei como a gente poderia classificar isso de descuido. São as condições do trabalho... numa parada cardíaca num paciente desse porte, sangrando...você vai passar um jelco, está passando um cateter, você não vai ficar cadê a caixa de perfurocortante? às vezes está atrás de você, mas é mais fácil você colocar sobre a maca e depois pegar...(Médico 2).

Gestores, trabalhadores e estudantes atribuem importância ao risco que se submetem ao trabalhar em condições precárias. Embora não explicitem a ausência de uma Política de Gestão da Segurança no trabalho, atribuem os acidentes à própria condição laboral, fortalecendo assim a teoria da higiene e segurança no trabalho, que tenta responsabilizar o trabalhador pelo acidente porque não usou os métodos de prevenção, ao invés de usar a teoria da saúde do trabalhador, que enfatiza os aspectos sociais e a necessidade de uma Política de Gestão e Segurança no trabalho.

Considerações Finais

Apesar da existência de algumas ferramentas de gestão de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes no Hospital “A”, observamos que estes continuam ocorrendo, afetando indivíduos em idade produtiva. Não existe uma Política de Gestão, Segurança e saúde do trabalhador que enfoque a prevenção deste tipo de acidente. Os pontos críticos necessitam urgentemente da adoção de medidas eficazes, haja vista que as ferramentas de gestão adotadas até então se mostram insuficientes para evitar tais ocorrências.

Outro aspecto importante para a promoção de melhores condições de trabalho e prevenção dos acidentes para os trabalhadores do Hospital “A” é a reorganização de toda a rede de serviços de saúde para evitar a superlotação dos serviços de emergência e a precarização destes postos de trabalho.

Cecílio (1997) considera que a rede básica de serviços de saúde, tais como as unidades de saúde da família, não tem conseguido se tornar a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde, apesar de considerar uma distorção do sistema. A principal via de acesso continua sendo os hospitais, públicos ou privados, através dos seus serviços de urgência/emergência e dos seus ambulatórios. Cecílio (1997) defende o ponto de vista de que o mais importante é a garantia de acesso ao serviço e à tecnologia adequada, no momento apropriado. Para isso, o sistema de saúde tem que avançar na concepção e organização de redes assistenciais.

A adoção de um programa sistemático de imunização dos trabalhadores, com posterior acompanhamento, para verificar a soroconversão dos vacinados, é fundamental para a segurança e prevenção dos agravos à saúde dos trabalhadores. A existência de campanhas esporádicas de vacinação, sem um acompanhamento da situação vacinal e sorológica como é realizado atualmente, não é suficiente do ponto de vista do que preconiza a legislação brasileira, nem atende às precauções universais propostas pelo CDC.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777/GM em 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2004.
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Saúde do Trabalhador. Salvador: CESAT, 2002.
- BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. Estudo da demanda do Ambulatório do CESAT. Salvador: CESAT, 2005.
- BARDIN L. História e teoria. In: Análise de conteúdo. 70. ed. Lisboa: [s.n], 1997. p.11-46.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul./set. 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE / CIST. Acidentes de trabalho no Brasil: números alarmantes. Disponível em <<http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/arquivos/Sala178.pdf>>. Acesso em: 17 ago.2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO. CUT avança na luta pela saúde no trabalho. Informat. INST, v.1, n.1, p.1, 1990.
- OLIVEIRA, S. G. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. 4. ed. São Paulo: LTR, 2002.

Resumo

Este trabalho objetiva identificar a Política de Segurança no trabalho e conhecer a importância atribuída por gestores, trabalhadores e estudantes aos acidentes em um hospital público de emergência, mediante o uso de entrevistas, análise documental e formulários. A carência de informações sobre Políticas de Segurança em face das epidemias de hepatites B e C, HIV/AIDS e tétano, justifica esta pesquisa. Trata-se de um estudo de caso, de natureza qualitativa. Os resultados revelam que não existe uma Política de Gestão, Qualidade e Segurança no trabalho. Os entrevistados atribuem importância aos acidentes, porém estes decorreriam do descuido, culpabilizando assim as vítimas.

T00158 - ESTUDO DE UMA REDE HOSPITALAR COM BASE NA METODOLOGIA DRG: METODOLOGIA DE COLETA DOS DADOS, ESTRATÉGIA DE ANÁLISE E RESULTADOS PRELIMINARES

Autor: FERNANDO MARTÍN BISCIONE; Co-autores: RONALDO KENZOU FUJII; FÁBIO LEITE GASTAL; MÔNICA SILVA MONTEIRO DE CASTRO

Palavras-chave: DRG; Grupos de diagnósticos homogêneos; Produto hospitalar.

Resumo

A necessidade de expansão e qualificação da rede de serviços das operadoras de saúde motiva a necessidade de informação gerencial qualificada sobre o perfil e a quantidade de pacientes atendidos, os custos e o desempenho dos prestadores. No Brasil, a experiência com a classificação DRG é escassa e limitada a iniciativas isoladas, principalmente no âmbito público. Este artigo é um relato da experiência na aplicação da classificação DRG na nossa instituição. Apresentamos os resultados preliminares deste projeto e as motivações que desencadearam um processo virtuoso de melhoria da qualidade da informação assistencial da cooperativa.

Introdução

DRG (do inglês Diagnosis-Related Groups) é um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais de agudos, desenvolvido no final da década de 1960 por Fetter e Thompson, da Universidade de Yale, nos Estados Unidos.(1,2) A concepção da classificação DRG nasceu com a criação, em 1965, do programa nacional de seguro norte-americano Medicare, e foi motivada pela necessidade de informação gerencial, planejamento e revisão da utilização hospitalar.(1,2) Foi desenvolvida, primariamente, como ferramenta de mensuração e caracterização do produto hospitalar, com escopo no acompanhamento, controle e avaliação da produção de serviços de saúde, especialmente da produção de serviços hospitalares.(1,2) Nos anos que se seguiram a sua implementação pelo Medicare, esta classificação foi também adotada por sistemas públicos de saúde da Austrália, Japão e muitos países da Europa.(3-11)

A classificação DRG agrupa os pacientes atendidos no hospital numa quantidade de grupos passível de ser utilizada no cotidiano da gerência dos serviços de saúde, visando criar categorias (produtos) clinicamente coerentes e similares quanto ao consumo de recursos (grupos de isoconsumo). Para isto, a classificação parte do pressuposto de que, apesar de cada paciente ser único, existem características clínico-nosológicas, demográficas e terapêuticas dos pacientes entre si, que determinam o tipo e a complexidade de serviços que receberá.

No Brasil, a experiência com DRG é escassa e limitada a iniciativas isoladas, principalmente no âmbito público.(12) Em abril de 2008, foi iniciado o processo de caracterização do produto hospitalar dos prestadores da rede de hospitais da nossa instituição, com base na metodologia DRG. Nossa instituição é uma cooperativa médica, com 59 prestadores hospitalares (incluindo hospitais-dia e clínicas-dia) na sua rede, atendendo mais de 730 mil beneficiários em dezembro de 2008. No presente estudo, apresentamos os resultados preliminares da nossa experiência na implantação da classificação DRG utilizando a casuística de internações de 2007 da nossa rede de prestadores hospitalares.

Justificativa

A necessidade de expansão e qualificação da rede de serviços das operadoras de saúde, bem como o aumento da complexidade e diversificação dos serviços prestados, motivam a necessidade de informação gerencial qualificada sobre o perfil e a quantidade de pacientes atendidos, os custos e o desempenho dos prestadores. O sistema de classificação DRG fornece um modelo de gestão clínica consistente, apoiado em variáveis de fácil mensuração, que subsidia o gestor de saúde na tomada de decisões.

Métodos

A população analisada foi a dos beneficiários internados que tiveram sua data de alta entre 01/01/2007 e 31/12/2007. A caracterização destas internações seguiu o algoritmo de agrupamento da classificação All-Patients DRG, versão 21.0.(13) e baseou-se nas variáveis que compõem o conjunto mínimo de dados básicos (CMDDB): diagnóstico principal, diagnósticos secundários, idade, sexo, procedimentos cirúrgicos, destino após a alta e valor total da internação. Todas estas informações foram retiradas retrospectivamente do sistema de processamento de contas da cooperativa. O valor total foi definido desde a perspectiva da operadora, isto é, representa o valor total pago ao prestador pelo atendimento, e não o custo real. Os diagnósticos (principal e secundários) foram referentes ao momento do ingresso hospitalar do paciente, diferente da metodologia DRG, que define diagnóstico principal e secundário no momento da alta hospitalar. Devido a uma incompatibilidade entre a versão do Código Internacional de Doenças (CID) utilizados como padrão nacional (CID-10) e a versão utilizada pela metodologia preconizada no DRG (CID-9), fez-se necessário a tradução da codificação da versão 9 para a versão 10.

Resultados

A implantação da classificação DRG demandou o esforço coordenado de diversas áreas da cooperativa, incluindo assessorias e áreas de análise de informação estratégica, tecnologia da informação, relacionamento com os prestadores e planejamento de processos. O projeto inicial foi estruturado em quatro fases, detalhadas na Figura 1. Uma quinta fase, de seguimento, foi estruturada posteriormente e ainda está em andamento. A fase de seguimento referida consiste no levantamento de propostas de melhoria da informação e de soluções tecnológicas futuras.

O estudo incluiu 98.662 altas hospitalares do ano de 2007, das quais 71.904 foram hospitalizações com permanência superior a 24 horas; 42,1% das internações foram cirúrgicas. Ao todo, 59 prestadores foram incluídos no estudo, sendo o volume de internações muito heterogêneo entre eles: 16 realizaram 80% da casuística e destes 9 concentraram 64% das internações. Os DRGs mais frequentes foram os de parto vaginal e cesariana, com cerca de 9% do total dos egressos; 47% da atividade esteve associada a partos e outros procedimentos obstétricos, doenças digestivas, doenças cardiovasculares e traumatologia-ortopedia.

Durante o andamento do projeto, foram identificadas várias inconsistências nos dados e na qualidade das informações utilizadas para o cálculo dos DRG (Tabela 1). Contudo, tais inconsistências foram em um padrão que não impediu o processamento dos dados e a geração de resultados sobre a casuística dos hospitais, inclusive com informações comparativas sobre o desempenho dos hospitais da rede.

Identificou-se que a origem da maior parte das inconsistências estava relacionada à má estruturação dos processos de troca de dados entre operadora e prestadores hospitalares e ao preenchimento cadastral inadequado ou insuficiente. Outras inconsistências tinham origem nos próprios processos internos da operadora, em específico o cadastro dos clientes recém nascidos.

Algumas das inconsistências relacionadas na tabela 1 desencadearam ações específicas que possibilitaram a continuidade do projeto. Estas ações se referem, principalmente, à elaboração de estratégias que permitiram identificar erros sistemáticos e não-sistemáticos no diagnóstico principal da internação. Isto possibilitou a criação de rotinas de correção do diagnóstico principal, tomando como referência o procedimento cirúrgico realizado, reduzindo significativamente a taxa inicial de internações com diagnóstico incompatível com o procedimento cirúrgico realizado (~6%) para menos de 1,5%.

Em relação à apuração dos custos e à correta estimação da duração da permanência hospitalar dos pacientes, elas foram dificultadas pela presença de cerca de 2,5% de altas administrativas (definidas pelo fechamento de uma conta hospitalar da internação do paciente e abertura de outra conta na sequência, por motivo de longa permanência, sem que o paciente receba verdadeiramente alta), o que demandou esforço considerável destinado à criação de rotinas de vinculação de contas.

Finalmente, a presença de prestadores terceiros dentro do hospital (alguns centos de terapia intensiva e prestadores de hemodiálise), cujos valores são pagos diretamente ao prestador terceiro (i.e., desvinculados da conta principal da internação), também requereu a criação de rotinas específicas que permitissem a vinculação dessas contas com a conta principal da internação.

Todas estas rotinas foram armazenadas e se encontram atualmente em processo de aprimoramento, com vista à nova apuração de dados que será realizada em 2009, referente às internações de 2008, garantindo assim a continuidade do projeto.

Como resultado das correções implementadas, o índice de perda de dados (DRGs não válidos) manteve-se em parâmetro aceitável. Houve 3,1% internações com DRGs não válidos, cuja composição foi a seguinte: DRGs 468 e 477 (procedimentos cirúrgicos não relacionados com o diagnóstico principal), 1,5%; DRG 469 (diagnóstico de alta não válido), 0,5%; DRG 470 (não agrupáveis), 1%. Tais resultados permitiram realizar análises e comparações com uma base de hospitalizações de uma rede hospitalar catalã que atende uma população de 7 milhões de habitantes, bem como estudos comparativos específicos dentro dos prestadores da rede hospitalar da nossa cooperativa. A principal limitação observada em relação à amostra espanhola foi a menor média de diagnósticos por alta registrados, sendo 4,1 para o estudo catalão e 1,3 para o nosso estudo.

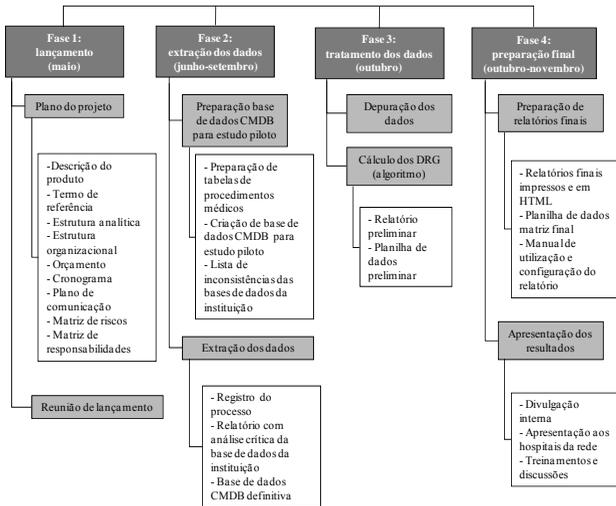


Figura 1. Estruturação do projeto DRG

As inconsistências identificadas na realização da classificação DRG desencadearam um processo de reestruturação de políticas institucionais, mais especificamente, no estabelecimento de compromisso formal por parte da rede prestadora de fornecer sumário de alta no formato CMDB. O preenchimento completo deste sumário também foi incorporado como indicador de qualidade no projeto de gestão de riscos assistenciais para o período 2009-2011.

Tabela 1. Natureza e origem das inconsistências encontradas nos dados

Variável	Problemas encontrados	Origem
Diagnóstico principal	A) Referentes ao ingresso hospitalar do paciente; B) Códigos inadequados para internação: a) diagnósticos ambulatoriais (códigos R da CID-10); b) causas externas (códigos V-Y da CID-10); c) fatores que influenciam o estado de saúde (códigos Z da CID-10); C) Ao todo, ~6% de códigos incompatíveis com os procedimentos cirúrgicos realizados.	Má estruturação da troca de dados entre operadora e prestadores Preenchimento cadastral inadequado
Diagnósticos secundários	A) Referentes ao ingresso hospitalar do paciente; B) Grande sub-registro de diagnósticos secundários	Má estruturação da troca de dados entre operadora e prestadores Preenchimento cadastral inadequado
Procedimentos cirúrgicos	A) Procedimentos incompatíveis com o diagnóstico principal; B) Procedimentos incompatíveis com o sexo do paciente.	Preenchimento cadastral inadequado
Idade	Pacientes com idades incompatíveis com o procedimento e/ou expectativa máxima de vida	Preenchimento cadastral inadequado
Sexo	A) ~1% de pacientes com sexo não informado; B) Pacientes com sexo incompatível com o diagnóstico principal (~1% dos diagnósticos principais exclusivos aos sexos)	Preenchimento cadastral inadequado
Destino após a alta	A) ~2,5% de altas administrativas; B) Inconsistências no indicador de alta por óbito.	Preenchimento cadastral inadequado
Custos	A) Refere-se a valores pagos ao prestador e não ao custo real da internação; B) Presença de prestadores terceiros atendendo o prestador principal (e.g., hemodiálise, centros de terapia intensiva); C) Até o recém-nascido ganhar carteira (geralmente até 15 dias do nascimento), os custos são imputados na conta da mãe.	Troca de dados entre operadora e prestadores Dilação no cadastro do recém-nascido Processo inadequado

Tabela 1. Natureza e origem das inconsistências encontradas nos dados

Conclusões

Tendo em vista a recente formalização contratual do compromisso de envio do CMDB, concluímos que a experiência de implantação do DRG auxiliou o processo de qualificação da atenção hospitalar através do comprometimento com a qualidade do processo de avaliação. Entendemos que este é um passo fundamental para promover a qualificação da prática hospitalar (figura 2). A possibilidade de comparação dos serviços implica no desenvolvimento de auto-crítica e modelos de excelência internos e externos. Observa-se como importante ponto de atenção a necessidade da inclusão de um processo contínuo de troca de experiências e práticas que resultam em excelência e/ou melhoramento do desempenho aferidos pelo uso a classificação DRG. Desta forma, podemos criar um ciclo virtuoso de melhorias contínuas da atenção hospitalar, além da melhoria contínua do processo de extração de dados e consequentes cálculos mais precisos do DRG.

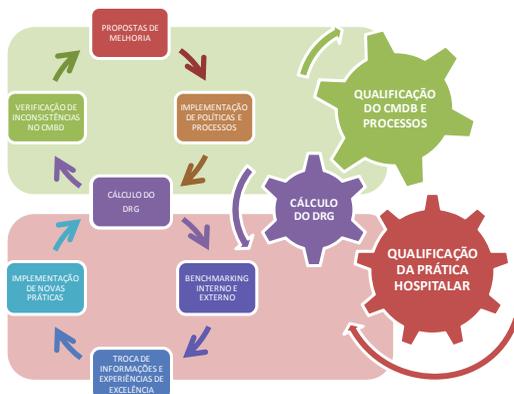


Figura 2. Sistema virtuoso de qualificação da extração do CMDB e de práticas hospitalares

Referências

1. Veras CM, Neto FC, Noronha MF, et al. Diagnosis Related Groups - DRGs: Avaliação do uso de uma metodologia de mensuração do produto hospitalar com utilização de base de dados do SAMHPS/AIH na cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 1990;6:330-7.
2. Noronha MF, Veras CT, Leite IC, et al. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Rev Saude Publica* 1991;25:198-208.
3. Duckett SJ. Casemix funding for acute hospital inpatient services in Australia. *Med J Aust* 1998;169(Suppl):S17-21.
4. Pirson M, Martins D, Jackson T, et al. Prospective casemix-based Funding, analysis and financial impact of cost outliers in All-Patient Refined Diagnosis Related Groups in three Belgian general hospitals. *Eur J Health Econ* 2006;7:55-65.
5. Ankjær-Jensen A, Rosling P, Bilde L. Variable prospective financing in the Danish hospital sector and the development of a Danish Case-Mix System. *Health Care Manage Sci* 2006;9:259-68.
6. Bellanger MM, Tardif L. Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France. *Health Care Manage Sci* 2006;9:295-305.
7. Epstein D, Mason A. Costs and prices for inpatient care in England: mirror twins or distant cousins? *Health Care Manage Sci* 2006;9:233-42.
8. Fattore G, Torbica A. Inpatient reimbursement system in Italy: how do tariffs relate to costs? *Health Care Manage Sci* 2006;9:251-8.
9. Gaal P, Stefka N, Nagy J. Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary. *Health Care Manage Sci* 2006;9:243-50.
10. Sanchez-Martinez F, Abellan-Perpignan JM, Martinez-Perez JE, et al. Cost accounting and public reimbursement schemes in Spanish hospitals. *Health Care Manage Sci* 2006;9:225-32.
11. Schreyogg J, Tiemann O, Busse R. Cost accounting to determine prices: how well do the prices reflect costs in the German DRG-System? *Health Care Manage Sci* 2006;9:269-79.
12. Noronha MF, Portela MC, Lebrão ML. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cad Saude Publica* 2004;20(supl 2):S242-S255.
13. AP-DRGs: All Patient Diagnosis Related Groups definitions manual, version 21.0. Wallingford, Conn: 3M Health Information Systems; 2003.

T00159 - ANÁLISE DA ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUANTO ÀS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO POR CONTATO EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Autor: LUDMILA OTERO OLIVEIRA SANTOS; Co-autores: NÁDIA BRUNA DA SILVA; GISLAINE CRISTHINA BELLUSSE; MARIA AUXILIADORA MANCILHA CARVALHO PEDIGONE

RESUMO

Com o surgimento da resistência dos microrganismos aos antibióticos, tornou-se imprescindível o isolamento/separação de pacientes colonizados e/ou infectados pelos chamados germes multirresistentes, sustentando a necessidade de prevenir a disseminação desses patógenos a outros pacientes. Este estudo teve a finalidade de analisar as práticas de precaução e isolamento como instrumento crucial para o controle eficaz de infecções no ambiente hospitalar, melhorando assim a qualidade da assistência prestada. Desse modo, pudemos verificar a dificuldade de adesão a estas práticas pelos profissionais, principalmente na categoria médica, o que implica na necessidade de sensibilização constante destes profissionais frente à importância destas medidas.

INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica é o instrumento chave utilizado pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) com a finalidade de desenvolver ações contínuas como a definição dos eventos a serem estudados, coleta de dados, consolidação e tabulação dos dados, interpretação, análise e divulgação de dados dos eventos hospitalares no intuito de diminuir a morbimortalidade de pacientes e melhorando assim as condições de saúde e assistência prestada (HALLAGE; LACERDA, 2007).

Essas ações constituem-se em ótimo programa de educação em serviços de saúde, onde a cada não-conformidade encontrada na aplicação destas medidas, geram ações corretivas que por sua vez, reorientarão a prática das ações de controle (HALLAGE; LACERDA, 2007).

A transmissão de bactérias e outros agentes infecciosos entre pacientes colonizados e/ou infectados para pacientes susceptíveis e profissionais da saúde, colaboram com o aumento das infecções hospitalares e com o aparecimento de cepas multirresistentes. Estes microrganismos surgiram com a resistência aos antimicrobianos, causadas muitas vezes pelo seu uso irracional, tornando-os de difícil tratamento. Com isso a necessidade de prevenir a transmissão desses patógenos tornou-se um assunto bem estabelecido na literatura e na prática profissional (GOMES, 2003; MOURA, 2004).

O isolamento é a separação de pessoas infectadas durante o período de transmissibilidade da doença que permite evitar a transmissão direta ou indireta do agente infeccioso a indivíduos susceptíveis ou que possam transmiti-lo a outros. Vale ressaltar que o isolamento é uma medida dinâmica aplicada a todos os pacientes internados no qual o modo e o tempo de isolamento que estes devem permanecer sob estas medidas devem ser avaliados e prescritos diariamente. Atualmente os sistemas e procedimentos de isolamento sustentam-se em bases científicas e na racionalidade. (GAMMON, 1998; MATOS, 2001; RICHTMANN, 2008).

O sistema de precauções e isolamento elaborado pelo CDC e divulgado em 1996 considera dois níveis de precauções, as chamadas precauções padrão que são indicadas para todos os pacientes independentemente da presença ou ausência de doença transmissível comprovada, e precauções baseadas no modo de transmissão às quais são designadas para pacientes suspeitos, ou, sabidamente infectados/colonizados por patógenos transmissíveis epidemiologicamente importantes. Deste modo, são classificadas em Precauções de Contato e Precauções Respiratórias para gotículas e para aerossóis infectantes. Independente de estas serem usadas em conjunto ou isoladamente, as precauções padrão devem ser sempre utilizadas (SILVA et al, 2000; NICHIAITA et al, 2003; APECIH, 2006).

As precauções por contato são indicadas quando há infecção (ou suspeita de infecção) ou colonização por bactérias multirresistentes ou microrganismos epidemiologicamente importantes (rotavírus, vírus sincicial respiratório, herpes simples localizado, diarreia aguda, infecção do sítio cirúrgico, escabiose, pediculose), passíveis de infecção por contato direto de pessoa pra pessoa onde as mãos é um veículo importante neste mecanismo e/ou contato indireto que envolve contato de um hospedeiro suscetível com objetos contaminados (instrumentos, roupas ou luvas que não foram traçadas entre pacientes) (GOMES, 2003; DESTRA et al, 2004).

Há várias medidas que devem ser seguidas em casos de precauções por contato, das quais podemos citar os quartos privativos ou coorte de pacientes com a mesma doença ou microrganismo, uso de luvas para qualquer contato com paciente devendo ser trocadas após contato com material contaminado/infectado, uso de avental na possibilidade de contato da área infectante com as roupas do profissional. Este deve ser usado somente uma vez e retirados dentro do quarto. Após a retirada das luvas as mãos devem ser higienizadas. Evitar a locomoção do paciente pelo hospital, caso seja necessário deve-se seguir as precauções durante todo trajeto. A limpeza do quarto deve ser realizada segundo a rotina do hospital, e os artigos de cuidados com o paciente (termômetro, estetoscópio) deverão ser de uso exclusivo do mesmo, passando por um processo de desinfecção ou esterilização após a alta hospitalar, e ainda, as visitas deverão ser restritas e reduzidas (APECIH, 2006).

Precauções por aerossol são indicadas para redução de agentes infecciosos transmitidos pelo ar, ocorrendo pela disseminação de pequenas partículas (<5) suspensas no ar por longos períodos, podendo ser dispersas a longas distâncias. São exemplos varicela, sarampo, tuberculose. Neste caso o quarto privativo deve ser indicação absoluta, as portas sempre fechadas e com boa ventilação. O uso da máscara N95 é algo indispensável e estas podem ser usadas por longos períodos pelo mesmo profissional desde que limpas e íntegras. No caso de locomoção do paciente pelo hospital, o mesmo deve fazer uso da máscara cirúrgica. Além disso, é de grande importância que a permanência de visitantes e acompanhantes no quarto seja restrita e bem orientada sobre as medidas de precauções a serem seguidas. A higienização das mãos ao entrar e sair do quarto deve ser colocada em prática (MATOS, 2001; DESTRA et al, 2004).

Já as precauções por gotículas são indicadas quando pacientes portadores ou infectados por patógenos transmitidos por gotículas >5 m e gerados durante a tosse, espirro, conversação ou realização de procedimentos, como broncoscopia. As gotículas são transportadas a pequenas distâncias podendo ser depositadas na mucosa da boca e do nariz. Sendo assim, o paciente deve permanecer em quarto privativo quando possível, o uso de máscara cirúrgica deve ser utilizado quando houver uma proximidade menor que um metro do paciente e seu transporte deve ser restrito, quando este for impossível a melhor forma é transportá-lo utilizando máscara cirúrgica (SILVA et al, 2000; SILVA, 2007).

Baseado nestas considerações percebemos que a elaboração e a execução de uma vigilância às precauções de isolamento, utilizando os indicadores de processo, faz-se de extrema importância no controle de infecções hospitalares quando corretamente colocados em prática. Assim, temos a definição de processo como sendo o modo pelo qual se realiza uma determinada operação respeitando normas, métodos ou técnicas. A frequência dos eventos em observação (oportunidades), a interpretação e as estratégias das ações colaboram com o controle de Infecção Hospitalar, melhorando assim, a qualidade da assistência.

JUSTIFICATIVA

Observar in locu, através do método de vigilância de processo, a adesão dos profissionais da saúde frente às medidas de precaução e isolamento na assistência ao paciente em uma Instituição de grande porte no interior do Estado de São Paulo, garantindo assim que essas medidas sejam adequadamente executadas impedindo a disseminação dos microrganismos que contribuem para o aumento das infecções hospitalares e com isso melhorando a qualidade da assistência prestada. Diante do fato da dificuldade de adesão destes profissionais a estas práticas e o que a sua não conformidade pode gerar, apontaremos sugestões e soluções com caráter educacional. Devido à ocorrência dos casos de isolamentos por contato

acontecerem com maior frequência que os casos de isolamento por gotícula e aerossol, na Instituição, optamos por desenvolver esta pesquisa somente a estes casos, pois assim garantiríamos dados suficientes para obtermos resultados fidedignos.

MÉTODOS

Foi elaborado um instrumento de avaliação contendo várias questões relacionadas ao tema, como: o profissional da saúde faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?; faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?; o avental está sendo vestido na técnica correta e guardado corretamente?; o avental é retirado ao sair do quarto?; as luvas são retiradas ao sair do quarto?; faz desinfecção prévia de artigos (estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro); faz desinfecção das superfícies próximas ao paciente (cama, mesa lateral); é feita anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto e anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?. Em seguida foi realizada busca ativa observacional das Precauções de Isolamento em alguns setores da referida instituição (Clínicas: Médica e Cirúrgica, CTI Adulto e CTI Infantil). As observações foram realizadas durante os meses de maio a setembro de 2008, no período da tarde. O tempo de permanência no local para a coleta de dados foi estabelecido uma hora em cada setor e após a coleta de dados, estes foram avaliados e iniciados treinamento para a equipe de saúde quanto às precauções.

RESULTADOS

A presente pesquisa foi realizada através de busca ativa observacional, obtendo um total de 264 observações, sendo que foram observados 13 enfermeiros, 234 técnico/auxiliares de enfermagem e 17 médicos, nos setores descritos na metodologia. Estes números deixam claro que a enfermagem permanece maior tempo na assistência direta ao paciente do que as outras categorias profissionais, como comprovam um estudo realizado por Campos e Fonseca, 2008. Quando observados os quartos de isolamentos, notamos que 100% deles continham sinalização (placas de identificação dos tipos de isolamentos padronizadas na instituição), comprovando

que a orientação sobre as medidas de precaução existe, mas há uma dificuldade na adesão às medidas por alguns destes profissionais. Os resultados destas observações por categoria profissional encontrados foram:

Considerando os resultados apresentados na Tabela 1, onde avaliamos a categoria profissional Enfermeiros, conclui-se que mesmo obtendo um resultado positivo em relação à adesão às normas de precaução por contato, os profissionais em questão não aderiram 100% a estas medidas recomendadas. Foram

Tabela 1 - Adesão dos Enfermeiros às "Precauções e Isolamento por Contato" segundo as práticas elaboradas.

Procedimentos Observados	Enfermeiros 13 (100%)								
	Sim	(%)	Não	(%)	Não usou	(%)	Não observado	(%)	Total
Faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?	9	69	4	31	—	—	—	—	13
Faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?	9	69	4	31	—	—	—	—	13
O avental é vestido na técnica correta?	7	54	2	15	4	31	—	—	13
O avental é guardado corretamente?	5	38	4	31	4	31	—	—	13
O avental é retirado ao sair do quarto?	9	69	0	0	4	31	—	—	13
As luvas são retiradas ao sair do quarto?	9	69	0	0	4	31	—	—	13
Desinfecção prévias de artigos (esteto, esfigmo e termômetro)?	2	15	0	0	—	—	11	85	13
É feita a anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto?	2	15	7	54	—	—	4	31	13
É feita a anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?	10	77	2	15	—	—	1	8	13
TOTAL	62	53	23	19	16	14	16	14	117

Tabela 2 - Adesão dos Técnicos/Auxiliares de enfermagem às "Precauções e Isolamento por Contato" segundo as práticas elaboradas.

Procedimentos Observados	Téc/Aux. de Enfermagem 234 (100%)								
	Sim	(%)	Não	(%)	Não usou	(%)	Não observado	(%)	Total
Faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?	147	63	87	37	—	—	—	—	234
Faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?	170	73	64	27	—	—	—	—	234
O avental é vestido na técnica correta?	70	3	77	33	87	37	—	—	234
O avental é guardado corretamente?	54	23	93	40	87	37	—	—	234
O avental é retirado ao sair do quarto?	142	61	5	2	87	37	—	—	234
As luvas são retiradas ao sair do quarto?	156	67	14	6	64	27	—	—	234
Desinfecção prévias de artigos (esteto, esfigmo e termômetro)?	72	31	14	14	—	—	148	63	234
Faz desinfecção das superfícies próximas do paciente (cama, mesa lateral)?	11	5	2	9	—	—	221	94	234
É feita a anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto?	78	33	136	58	—	—	20	9	234
É feita a anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?	181	77	49	21	—	—	4	2	234
TOTAL	1081	46	541	23	325	14	393	17	2340

Tabela 2 em um total de 234 observações destes profissionais, 2340 oportunidades foram analisadas e destas, 46% (1081) estavam adequadas, e 23% (541) não estavam de acordo com o esperado. Em 14% (325) das oportunidades, os profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem também não chegaram a usar os equipamentos necessários e 17% (393) destas corresponderam aos casos não observados por motivos já citados anteriormente.

observados 13 enfermeiros em 117 oportunidades nos diferentes setores. Desse total, tivemos uma adesão às medidas de 53% (62), e em 19% (23) das oportunidades observadas não houve o adequado seguimento das recomendações. Dentre os itens avaliados, observamos que em 14% (16) das oportunidades, o profissional nem chegou a fazer o uso de equipamentos básicos de proteção como avental e luvas.

Diante do fato de que me algumas vezes, ao iniciarmos as observações, o profissional já se encontrava realizando procedimentos, ou ainda, quando nosso tempo de permanência no setor já havia se esgotado, 14% (16) das oportunidades não puderam ser observadas. Observa-se na

Tabela 2 - Adesão dos Técnicos/Auxiliares de enfermagem às "Precauções e Isolamento por Contato" segundo as práticas elaboradas.

Procedimentos Observados	Téc/Aux. de Enfermagem 234 (100%)						Total
	Sim	(%)	Não	(%)	Não usou	(%)	
Faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?	147	63	87	37	—	—	234
Faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?	170	73	64	27	—	—	234
O avental é vestido na técnica correta?	70	3	77	33	87	37	234
O avental é guardado corretamente?	54	23	93	40	87	37	234
O avental é retirado ao sair do quarto?	142	61	5	2	87	37	234
As luvas são retiradas ao sair do quarto?	156	67	14	6	64	27	234
Desinfecção prévia de artigos (espeto, esfigmômetro e termômetro)?	72	31	14	14	—	—	148
Faz desinfecção das superfícies próximas do paciente (cama, mesa lateral)?	11	5	2	9	—	—	221
É feita a anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto?	78	33	136	58	—	—	20
É feita a anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?	181	77	49	21	—	—	4
TOTAL	1081	46	541	23	325	14	393
							17
							2340

todos os profissionais de saúde e quando realizadas eram de maneira inadequada. A adesão às medidas deveria ser de 100%, segundo CDC e Protocolo de Isolamento Específico da instituição em estudo, porém, isso não ocorreu na prática.

Das categorias profissionais avaliadas observou-se uma maior adesão por parte dos enfermeiros quando comparada aos técnicos/auxiliares e estes por sua vez maior quando comparados aos médicos, onde, esta última categoria destacou-se pela baixíssima adesão às medidas de precauções.

Diante desses resultados ficou evidente a necessidade de elaborar estratégias de intervenção capaz de aprimorar as condutas dos profissionais de saúde quanto à importância às medidas de precaução por contato. Com isso, foi realizado um treinamento com todos esses profissionais da saúde, onde foram apresentados os resultados da pesquisa realizada e as propostas de melhoria à adesão das precauções de contato que consequentemente proporcionarão uma melhor qualidade de assistência ao paciente.

A importância desse estudo se destaca devido ao fato da intervenção poder ser feita no momento da coleta de dados; por se tratar de método educativo e contínuo podendo ser aplicada a qualquer serviço de saúde.

Com tudo, favorece o envolvimento do profissional da assistência e, consequentemente, sua integração com o grupo de controle de infecção, gerando um processo de melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

- APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Precauções e Isolamento. 2. ed. São Paulo: APECIH, 2006.
- CAMPOS, F. R.; FONSECA, S. M. da. Vigilância de Processo na Higiene das Mãos nas Unidades de Internação. In: XI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2008, Rio de Janeiro. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. Salvador: Editorial Office, 2008. v. 12. p. 227-227.
- DESTRA, A.S. et al. Risco Ocupacional e Medidas de Precauções e Isolamento – Módulo 5. In: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. São Paulo: ANVISA, 2004.
- FIGUEIREDO, R.M.; LEITE, C. As práticas de Precauções/Isolamento a partir de Diagnóstico em Unidade de Moléstias Infeciosas. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol.8, no.3, p.358-362, Dez. 2006.
- GAMMON, J. Uma revisão sobre o desenvolvimento das precauções de isolamento/Patient isolation. Nursing (São Paulo); 1(1):15-9, jun. 1998.
- GOMES, D.L.C. Precauções e Isolamento de Pacientes. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G.; NOGUEIRA, J.M. Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-Infeciosas da Doença: Epidemiologia, Controle e Tratamento. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- HALLAGE, N. M.; LACERDA, R. Indicadores de Processo. In: APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Como Instituir um Programa de Controle Hospitalar. São Paulo, 2007. p. 39.
- MATOS, J.C.; MARTINS, M.A. Precauções em Doenças Infecto-contagiosas. In: MARTINS, M.A. Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia prevenção e Controle. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001, cap. 47, p.597-600.
- MOURA, J.P. A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multirresistentes. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- NICHIAI, Lúcia Yasuko Izumi et al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 1, Mar. 2004.
- RICHTMANN, R. Epidemiologia e Precauções das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. In: RODRIGUES, E.A.C.; RICHTMANN, R. IRAS - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2008.
- SILVA, A.A. Precauções e Isolamento. In: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Como Instituir um Programa de Controle de Infecção Hospitalar. São Paulo: APECIH, 2007. p. 113.
- SILVA, A.M.C. et al. Precauções de Isolamento. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu, vol 2. 2000.

TO0160 - APLICAÇÃO DE RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA NA AUTOMAÇÃO DE PROCESSOS EM MEDICAÇÃO

Autor: TIAGO KUSE COLICCHIO; Co-autores: CAROLINA ROBERTA TACHIRA; NILDA ROSA DE OLIVEIRA PRADO

A Tabela 3 mostra que dos 17 médicos observados, houve um total de 153 oportunidades de observações para as precauções por contato. Os resultados obtidos então foram de que em 8% (12) dessas observações notou-se adesão às práticas recomendadas; em 39% (60) não houve adesão conforme o estabelecido; em 44% (67) os profissionais sequer fizeram uso dos equipamentos necessários e em 9% (14) os casos não foram observados de acordo com os motivos explicados na tabela 1.

CONCLUSÃO

Observamos através desse estudo, que a adesão dos profissionais às medidas de precaução por contato não foi realizada por

Palavras-chave: automação; informatização, segurança; qualidade; medicação

Resumo: A busca constante por excelência de atendimento, assistência livre de riscos e danos ao paciente e redução de custos motivados por falhas tem levado as Instituições de Saúde, em especial os Hospitais, a desenvolverem processos assistenciais mais seguros e eficazes. O macro-processo de medicação tem merecido especial atenção pelo seu potencial lesivo, ao mesmo tempo, passível de prevenção. O presente estudo avalia a automação/informatização aplicadas ao processo de medicação implementadas por um Hospital Geral Filantrópico do Município de São Paulo à luz das recomendações para construção de sistemas seguros apontadas pela IOM – Institute of Medicine (To err is human- 2000).

1. Introdução e Justificativa

A busca constante por excelência de atendimento, assistência livre de riscos e danos ao paciente e redução de custos motivados por falhas tem levado as Instituições de Saúde, em especial os Hospitais, a desenvolverem processos assistenciais mais seguros e eficazes.

Embora haja inúmeros riscos inerentes à assistência do paciente internado, o processo de medicação tem merecido especial atenção por ser reconhecidamente muito suscetível a erros, a maioria, evitáveis, além de atingir presumivelmente um número elevado de pacientes. Apesar de afortunadamente poucos erros terem consequência fatal, a situação torna-se particularmente preocupante devido à tendência de aumento do uso e complexidade terapêutica, especialmente no contexto intra-hospitalar .

O processo de medicação inicia-se com a escolha e prescrição do medicamento pelo médico, envio desta prescrição à farmácia que dispensa o medicamento e o envia às unidades onde ocorre o preparo e administração pela enfermagem que deve registrar e monitorar as reações deste medicamento. Os profissionais envolvidos são: o médico, eventualmente um escriturário ou auxiliar administrativo, o farmacêutico, auxiliar do farmacêutico, enfermeiro e o auxiliar ou técnico de enfermagem .

Muitos estudos têm sido feitos sobre o assunto, no entanto além do estigma inerente ao tema, as metodologias, definições e conceitos diferem substancialmente, dificultando a determinação segura da incidência dos erros de medicação e do efeito de medidas corretivas adotadas. No entanto, embora ocorram em qualquer fase do processo, estudos sugerem que os momentos mais críticos sejam os de prescrição e administração .

Assim, torna-se fundamental que a equipe multiprofissional tenha consciência da responsabilidade e exigência de sua prática e conheça as possíveis consequências das falhas de atendimento. É imprescindível, também, que possua visão ampliada do sistema de medicação (sub-processos, insumos, atores e departamentos envolvidos no macro processo de medicação) contribuindo para que a terapêutica medicamentosa seja cumprida de maneira eficiente, responsável e segura.

A construção de um sistema (macro-processo) mais seguro inicia-se com o reconhecimento da falibilidade das pessoas e conhecimento dos mecanismos e tipos de erro, que em medicação podem ser classificados conforme mostra a Tabela 1. Dos erros classificados, somente o de adesão independe do processo e de terceiros em si.

Segundo o modelo do “queijo suíço” 4 os buracos nas defesas surgem por duas razões principais: falhas ativas e condições latentes. As falhas ativas são atos inseguros cometidos por indivíduos que estão em contato direto com o paciente ou sistema e as falhas latentes são defeitos presentes no sistema, decorrentes de decisões ou medidas adotadas antes do acidente, por quem detém o poder decisório. Os erros ou condições latentes representam grande ameaça em sistemas complexos de trabalho, como os relacionados à medicação, pois passam muitas vezes despercebidos e tem a capacidade de resultar em múltiplos erros ativos por parte dos diferentes envolvidos. Sua identificação poderá contribuir para a gestão pró-ativa, visando diminuição de erros, e busca da excelência em relação à qualidade e produtividade , , pela atuação no desenho dos processos e introdução de cultura para segurança e trabalho em equipe.

Neste contexto o Hospital campo do estudo, priorizando a segurança no processo de medicamentos na implantação do módulo assistencial informatizado, redesenhou o macro-processo de medicação inserindo automação e barreiras de segurança em pontos identificados como críticos, visando minimizar várias das falhas associadas aos tipos de erro conhecidos.

Tipo	Descrição
Erros de prescrição	Seleção incorreta do medicamento (de acordo com contra-indicação, alergias conhecidas e outros fatores); monitoração; dose; via de administração; concentração; velocidade de infusão; instruções de uso inadequadas feitas por médico; prescrição ilegível ou ordens que possam induzir a erro.
Erros de transcrição:	Equívocos na transcrição da prescrição médica manual para o sistema de prescrição eletrônica.
Erros de separação/ dispensação	São os desvios que ocorrem no momento da separação e dispensação dos medicamentos pelo serviço de farmácia (ex.: dose diferente, outra forma farmacêutica e apresentação, outro medicamento diferente do prescrito originalmente).
Medicamentos impróprios para uso	Medicamento formulado ou manipulado incorretamente (casos de diluição e/ou reconstituição incorretas, misturas incompatíveis e armazenamento inadequado); administração de medicamentos expirados ou cuja integridade física ou química está comprometida (medicamentos com prazo de validade vencido ou armazenados incorretamente).
Erros de administração	Administração em outras formas que não a prescrita. Erros devido ao procedimento ou técnica inapropriados na administração do medicamento. Podem ser incluídas aqui doses administradas pela via incorreta (diferente da prescrita) ou pela via correta, mas no local errado (troca do olho/ouvido esquerdo pelo direito) e os casos em que o padrão de administração não é obedecido (ex.:velocidade de infusão).
Erros de omissão	Não administração de uma dose ou mais medicamento ao paciente.
Erros devido ao horário	Administração do medicamento fora do intervalo de tempo pré-definido.
Erros de dose	Administração de dose maior ou menor que a prescrita
Erros de adesão	Um exemplo é o paciente que se recusa a seguir o regime terapêutico ou não aceita a administração de uma dose

Tabela 1: Classificação dos erros de medicação.

a) Apresentar o macro processo de medicação em dois momentos, pré e pós-automatização;

b) Verificar como e quais recomendações de segurança difundidas pelo Institute of Medicine (IOM)- To Err Is Human: Building a Safer Health System foram atendidas pela automação de processos em medicação.

2. Metodologia de pesquisa

Neste capítulo, apresentamos a abordagem metodológica sob a qual desenvolvemos esta pesquisa cujo objetivo é compreender como as recomendações de segurança podem ser aplicadas à automação de processos de trabalho em medicação.

A escolha de uma metodologia de pesquisa se faz a partir da resposta a questionamentos a respeito da abordagem de investigação compatível à pergunta de pesquisa e quais procedimentos de coleta de dados, análises e textos deverão ser empregados.

De modo específico, questões "como" são questões explicativas e tratam de relações operacionais que ocorrem ao longo do tempo em um determinado ambiente. Para responder a estas perguntas são necessárias observações diretas e medições em momentos distintos, que permitem a contração entre diferentes práticas e seus resultados.

Segundo Greene e McClintock 5, o método estudo de caso objetiva "(1) capturar o esquema de referência (2) permitir um exame detalhado do processo organizacional e (3) esclarecer aqueles fatores particulares ao caso que podem levar a um maior entendimento da causalidade".

O estudo de caso foi conduzido a partir da observação direta do processo em dois momentos distintos: pré-automação e pós-automação.

Para apoiar a observação do processo de prescrição, distribuição e administração de medicamentos nestes dois momentos, os pesquisadores basearam-se nas recomendações difundidas pelo Institute of Medicine (IOM)- To Err Is Human: Building a Safer Health System que foram codificados conforme Tabela 2.

Código	Recomendação
A	Redução do uso/ dependência da memória e atenção do executor;
B	Simplificação e padronização de ações/ tarefas;
C	Introdução de pontos de cheagagens;
D	Uso de mecanismos que dirijam o executor para a ação recomendada e barrem/ dificultem procedimentos não recomendados;
E	Redução do número de intervenções ou interventores em um processo.

Tabela 2: Recomendações para aumentar segurança de processos, segundo IOM e respectivos códigos a serem utilizados na análise.

Além das recomendações associadas a processos

enunciadas acima o IOM recomenda também, nos casos de medicação, a eliminação de situações de semelhança de aparência, nomes, siglas e abreviações que possam confundir os envolvidos.

Os códigos acima serão apontados na análise dos novos processos sinalizando as recomendações atendidas. Desta forma, objetivamos esclarecer a interface entre o nosso objeto de estudo e a forma pela qual nos aproximamos dele.

3. Análise do Caso

A Instituição campo do estudo é um Hospital Geral Filantrópico do Município de São Paulo com cerca de 300 leitos, referência em Oncologia, Cirurgia e alta complexidade e que se caracteriza pelo pioneirismo desde sua fundação. Tem como visão "Ser reconhecida internacionalmente pela excelência, liderança e pioneirismo em assistência à saúde e na geração de conhecimento, com responsabilidade social, ambiental e auto-sustentabilidade, atraindo e retendo talentos médicos e colaboradores".

Nos últimos anos intensificou os investimentos na automação dos processos de trabalho da farmácia, passando pela implantação do código de barras desde a entrada dos medicamentos na instituição.

Entre março de 2007 e julho de 2008, o hospital consolida a implantação do SIH. Após, inicia-se a implementação do módulo Assistencial com a centralização da transcrição de medicamentos e da avaliação farmacêutica na Central de Farmácia Clínica (CEFACLIN), bem como o início da implantação da checagem informatizada da administração de medicamentos na beira do leito (ADEP). Nesta fase de automação dos processos foram criadas novas rotinas e procedimentos a fim de minimizar os erros com medicação.

Ordem	Anterior	Ordem	Atual	Códigos
1	Prescrição realizada pelo médico manualmente ou digitada em editor de texto	1	• Prescrição eletrônica disponível para realização direta pelo médico, ou	A, B, C, D, E
		2	• Nos casos de não adesão à prescrição eletrônica: prescrição feita pelo médico (manual ou digitada) escaneada e vinculada ao prontuário eletrônico do paciente	A, D
2	Definição das diluições e aprazamento manual pelas enfermeiras. Lançamento no sistema, nas próprias Unidades, por auxiliares administrativos	3	• CEFACLIN- Transcrição por auxiliar administrativos visualizando prescrição escaneada, com aprazamento e recomendações de diluição e administração automáticos conforme cadastro no sistema.	A, B, C, D, E
3	Liberação pelo farmacêutico ou auxiliar de farmácia (deslocamento até o local-atendem várias unidades).	4	• Avaliação/ liberação farmacêutica imediata (equipe dedicada e especializada).	C, D
Obs	Controle de alergias, interações e controle do uso de antimicrobianos feitos manualmente através de formulários e etiquetas de aviso.	Obs	Consistência da informação transcrita com o cadastro de medicamentos, sugerindo via de administração, dose usual, frequência e diluição recomendada, com travas para informações incompletas. Alertas informatizados de interação medicamentosa, dias de anti microbianos, medicamentos de alto risco, interações droga-nutriente e alergias. Resgatável para alterações no dia seguinte, com controle automático de dias de prescrição por medicamento.	A, E

Para descrever o caso, o processo de medicamento foi dividido em quatro etapas: prescrição/transcrição, dispensação, preparo e administração em sua versão "anterior" (antes de julho de 2008) e "atual" (pós julho 2008 até a presente data, fevereiro 2009 - incluindo processos em implantação), associadas à ordem seqüencial de realização e ao código-referência da(s) recomendação(ões) atendida(s), dispostas na Tabela 2. Optou-se pela exibição em tabelas para facilitar a análise e interpretação (tabelas 3, 4, 5 e 6, respectivamente prescrição/transcrição, dispensação, preparo e administração).

3.1 Prescrição/Transcrição

Embora seja preconizado que a prescrição seja feita pelo médico diretamente no sistema, eliminando-se intermediários, ainda ocorrem dificuldades e resistências para a aceitação e adesão ao processo. Assim, nesta fase de transição de paradigmas a transcrição surge como um mal necessário devido aos seus riscos inerentes, impondo mecanismos especiais de segurança. A implantação do sistema de gestão de prescrição e centralização da farmácia clínica permitiu a avaliação imediata do farmacêutico para 100% das prescrições, transcritas ou não. Outro aspecto observado é a possibilidade de orientação aos transcritores em tempo real pelo farmacêutico. Sob a perspectiva das estratégias preconizadas, a centralização e introdução de automação no processo agregaram segurança, conforme descrito na Tabela 3.

3.2 Dispensação

Embora a separação de medicamentos possa ser completamente automatizada por dispensários eletrônicos, o sistema adotado pelo hospital é parcialmente informatizado com codificação por barras em sua entrada no estoque e rastreabilidade de produtos e processos. Uma vez liberada a prescrição pelo farmacêutico ela seguirá, via sistema, para uma fila de impressão que ocorrerá de forma diferenciada conforme a prioridade de atendimento (rotinas ou urgências). Os profissionais da separação também são organizados segundo o tipo de requisição que irão atender. Todas estas implantações tornaram o processo mais seguro pelos controles de validade, consistência com a prescrição do paciente e unidade, tornando-o também mais independente da memória e atenção dos operadores, conforme descrito na Tabela 4.

Ordem	Anterior	Ordem	Atual	Códigos
1	Impressão e Separação manual das prescrições conforme lançamento no sistema pela auxiliar administrativa do andar de internação, medicação solicitada para 24 h	1	<ul style="list-style-type: none"> Impressão automatizada e Separação das prescrições por faixa de horário (turnos de dispensação) após liberação do CEFACLIN. Impressão diferenciada para pedidos de urgência, rotina, psicotrópicos e medicamentos não padronizados 	A, B, D, E
2	Separação manual de todos os itens segundo consta no pedido impresso com conferência manual feita por uma 2ª pessoa antes da baixa do estoque	2	<ul style="list-style-type: none"> Separação manual dos itens por equipe específica conforme o tipo de impressão 	
3	Dupla checagem utilizando o impresso como guia e bipagem para baixa do estoque, não realizando consistência com o pedido.	3	<ul style="list-style-type: none"> 2ª conferência substituída pela etiqueta de lote e bipagem de conferência para agrupamento do lote do paciente (checagem com o sistema, consistência entre horário/paciente/ pedido e medicação separada) 	A, C
4	2ª via da requisição para conferência manual do auxiliar administrativo do andar e depois retornar a requisição assinada para comprovação de entrega.	4	<ul style="list-style-type: none"> 2ª via da requisição substituída pela etiqueta do lote (etiqueta que representa o agrupamento de itens de um turno de dispensação), possibilitando a rastreabilidade do processo de dispensação e recebimento registrando login dos usuários através da bipagem do crachá. Nesta etapa também é possível identificar se o lote de medicamentos está sendo entregue no setor correto. Com o desenvolvimento do cadastro e a implantação do sistema foi possível identificar, sinalizar e controlar melhor os medicamentos em geral, sua localização e validade e em especial os de risco, alto custo e termolábeis, mediante avisos/alertas. 	B, C, D
obs	Identificação falha dos medicamentos de risco, psicotrópicos, alto custo e termolábeis com dificuldade de implementação de condutas nos casos especiais.	obs		A, D

Tabela 4: Análise do processo de Separação/Dispensação anterior, atual e recomendações contempladas (códigos).

A ausência de rastreabilidade das etapas do processo não permitia ao gestor da farmácia controle sobre o status do processo, assim o descontrolado dos inventários, das solicitações não atendidas e da validade dos itens dispensados eram os tipos de irregularidades frequentes. A incorporação destas melhorias permitiu também a organização do espaço e do trabalho, tornando as ações mais claras ao auxiliar de farmácia na separação e ao farmacêutico, na garantia do atendimento das prescrições de maneira rápida e segura.

A implantação de novas tecnologias permitiu melhorar o processo de dispensação, tornando o ato de dispensar seguro por meio das novas barreiras para controle de validade com alertas informatizados na tela de bipagem e a monitoramento dos tempos de atendimento das prescrições, separação e dispensação de medicamentos.

3.3 Preparo

A transcrição da prescrição para o sistema foi condição necessária para que o preparo pudesse ter passos automatizados e a administração com checagem eletrônica pudesse ocorrer à beira do leito.

O profissional de enfermagem, para ter acesso à prescrição do paciente tem que necessariamente se identificar no sistema através da bipagem do seu crachá, ficando assim registrada a sua intervenção. Acessibilidade estabelecida por perfil, privacidade e rastreabilidade foram alguns dos outros ganhos desta etapa, conforme disposto na Tabela 5

ordem	Anterior	ordem	Atual	Códigos
1	Conferência da prescrição do horário e Separação dos itens a serem utilizados		<ul style="list-style-type: none"> • Consulta das medicações do horário no sistema; • Separação dos itens a serem utilizados; 	
2	Dupla checagem por outro profissional das medicações de risco (etiqueta vermelha) preparadas (medicação x prescrição)	1	<ul style="list-style-type: none"> • Bipagem dos itens (consistência medicação – prescrição do paciente para todos os itens e validade); • Emissão da etiqueta completa (identificação do paciente, medicação dose, frequência, via, horário, orientação de diluição e aplicação) com código de barras para cada medicação. Medicação de risco-etiqueta diferenciada. 	C, D, E
3	Preparo da medicação conforme horário e indicação da enfermeira constante na prescrição médica.	2	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo da medicação conforme orientação da etiqueta, assinatura do preparo e etiquetagem do item preparado. 	B
4	Realização manual da etiqueta de identificação completa	3	<ul style="list-style-type: none"> • Preparo da medicação conforme orientação da etiqueta, assinatura do preparo e etiquetagem do item preparado. 	D
Obs	Medicação de risco com etiqueta diferenciada.	obs	<p>O acesso à prescrição na tela permite independência em relação ao uso físico da prescrição. Todas as etapas do processo passam a ter rastreabilidade e autoria registrada.</p>	B
	A concorrência pela prescrição médica ocasionava interrupções no preparo. As etapas do processo não possuíam autoria registrada formalmente.			

Tabela 5: Análise do processo de Preparo anterior, atual e recomendações contempladas (códigos).

3.4 Administração

Aqui, o sistema cruza os dados e caso haja alguma discordância, não autoriza a continuidade do processo avisando o profissional onde está o erro: paciente, horário, medicação (esta análise de consistência se dá para todas as medicações a serem administradas). Com o advento da centralização do preparo (Farmácia Central) esta será a única fase que ficará sob a responsabilidade da enfermagem nas unidades.

O processo trouxe mais segurança tanto para o paciente e para o profissional, conforme disposto na Tabela 6.

Tabela 6: Análise do processo de Administração anterior, atual e recomendações contempladas (códigos).

ordem	Anterior	ordem	Atual	Códigos
1	Na beira do leito do paciente confrontava-se etiqueta manual da medicação com dados da pulseira de identificação do paciente	1	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso ao sistema (ADEP) (abertura direta no paciente vinculado ao quarto de internação - SIH) • Bipagem do código de barras da etiqueta da medicação + bipagem do código de barras da pulseira de identificação do paciente (consistência medicação x prescrição x paciente) • Administração da medicação 	A, B, C, D
2	Administração da medicação	2	<ul style="list-style-type: none"> • Bipagem do crachá: checagem e "assinatura" do procedimento. 	B, D
Obs	Checagem da medicação administrada	obs	<ul style="list-style-type: none"> • O sistema mantém um aviso visual para medicações "pendentes", não preparadas e/ou administradas que possibilita rápida identificação e correção (suspensão, re-aprazamento ou checagem) 	A
	Medicações não checadas (eventualmente não preparadas e administradas) podem passar despercebidas à avaliação			

4. Conclusão

A introdução de automação no macro-processo de medicação atendeu a diversas das recomendações para a construção de sistemas seguros, vindo a contribuir para ampliar a segurança do processo na administração do medicamento correto, ao paciente correto, no horário correto, porém a correção da via e dose continua a depender da vigilância e atenção do profissional, podendo de acordo com o grau de informação do paciente, contar também com a sua colaboração.

Outros ganhos marginais da automação implementada deveram-se principalmente à produtividade em especial dos profissionais do CEFACLIN, devido à centralização que propiciou especialização, controle mais fácil da produção e capacitação, à farmácia (eliminação de duplos cheques entre pessoas), e enfermagem também pelos duplos cheques e pela emissão da etiqueta completa. Ocorreu também maior controle dos estoques devido ao fracionamento dos lotes (não mais único para 24h) possibilitando a não emissão de prescrições já suspensas.

Verificou-se, porém, que a automação dos processos também introduz novos erros mesmo quando seu único propósito é impedir erros. A automação usada para reduzir a confiança na memória, simplifica os processos chaves, aumentam a produtividade e reduzem a probabilidade de erro. Contudo pode tornar as pessoas mais alienadas e distantes dos princípios básicos dos processos. A capacitação dos profissionais para uso desta tecnologia é uma necessidade premente e um enorme desafio para os gestores do HSL.

Em última instância os sistemas ainda se definem como humano – dependentes: se desenhados e usados de forma correta certamente agregarão qualidade e segurança aos processos hospitalares assistenciais e administrativos.

Propõem-se pesquisas futuras a partir das medições dos tempos de atendimento, registros dos profissionais que executaram as tarefas e da formulação de indicadores de qualidade e produtividade que vão permitir estudos estatísticos baseados em séries históricas de dados.

5. Referências Bibliográficas

1. IOM (Institute of Medicine). 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press.
2. Cassiani SHB. 2005. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. Rev Bras Enferm; Vol. 58(1):95-9.
3. IOM (Institute of Medicine). 2007. Preventing Medication Errors. Washington, DC: National Academy Press.
4. Correa CRP, Cardoso Junior MM. 2007. Análise e classificação dos fatores humanos nos acidentes industriais. Produção. Vol. 17(1):186-98.

T00162- COMUNICAÇÃO E ACESSO A INFORMAÇÕES NA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL À PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL GERAL.

Autor: LENY VIEIRA CAVALHEIRO; Co-autores: NADIA SUELI DE MEDEIROS; PAOLA BRUNO DE ARAUJO ANDREOLI; ANNA MARGHERITA G. T. BORK

Palavras-chaves

Inter-professional relations; Multidisciplinary care team; Team work; Interdisciplinary communication; Inter-professional communication; Short team briefing

Resumo

Objetivo: Avaliar a qualidade da assistência por meio de dois índices de desempenho (comunicação e conhecimento do caso) das equipes multiprofissionais. **Métodos:** Foi realizada uma avaliação do conhecimento dos profissionais das informações clínicas e comunicação intra-equipe. **Resultados:** Foram selecionados aleatoriamente 119 prontuários e entrevistados 312 profissionais. Os resultados demonstraram que a comunicação é melhor quando o enfermeiro tem as informações sobre a assistência interdisciplinar (97,4%), utiliza de uma forma padronizada de registro do plano assistencial (97,0%) e formaliza essa discussão com o médico responsável pela assistência (88,2%). **Conclusões:** um modelo assistencial estruturado promove melhor comunicação porém não garantindo o conhecimento.

Introdução: A assistência ao paciente internado é um processo que exige da equipe uma dinâmica de trabalho organizada, pois constitui-se de um grande e complexo conjunto de informações clínicas para a decisão terapêutica e de necessária comunicação entre as equipes assistenciais.

A comunicação entre as equipes e o conhecimento sobre o caso de cada paciente são os principais pontos de atenção para a continuidade da assistência e agilidade nos processos de organização das mesmas. Estes frequentemente estão relacionados, por sua vez, a segurança na prestação do cuidado, sendo a informação sobre a conduta terapêutica e falha na comunicação, principalmente quando envolve medicamentos, os pontos de maior atenção. A diversidade e a quantidade de profissionais que podem acessar o paciente aumentam a possibilidade de falha na comunicação em aspectos importantes e de risco para os pacientes. No hospital um único paciente, além do médico, pode ser assistido apenas por enfermeiro e nutricionista, ou por vários outros profissionais como por fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, etc. O elo entre as informações geradas por todos os profissionais que assistem o paciente, contudo, frequentemente está fragmentado.

A minimização desses riscos se dá a partir da definição de modelos de assistência que permitam uma boa colaboração interdisciplinar e mecanismos de comunicação eficientes com foco em prevenção de erros e melhora dos resultados assistenciais. Para tanto, o nível de conhecimento dos profissionais, ou seja, o acesso às informações clínicas relevantes e, por outro lado, a possibilidade de circulação dessas entre os profissionais envolvidos na assistência podem se tornar ferramentas poderosas de avaliação de qualidade da prestação de cuidado.

Justificativa: A definição de modelos assistenciais eficientes quanto seu desempenho em um sistema complexo como o que se desenha na saúde atualmente, torna-se instrumento importante para a garantia de um cuidado com qualidade e segurança de resultados para a saúde dos pacientes. O objetivo deste presente estudo foi avaliar a qualidade da assistência utilizando-se de dois índices (comunicação e conhecimento do caso) de desempenho da assistência prestada por equipes multiprofissionais.

Método: Foi realizado um corte transversal para avaliação do conhecimento dos profissionais a respeito das informações clínicas do paciente e o uso de estratégias de comunicação intra-equipe.

As entrevistas ocorreram com profissionais durante o período de trabalho e o critério de inclusão utilizado foi estar a pelo menos 1 hora do recebimento de seu plantão. Foi permitido a ele que consultasse suas anotações sobre o paciente, em prontuário ou em registros pessoais. Os profissionais da equipe multiprofissional entrevistados foram enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico, assistente social e terapeuta ocupacional.

O método amostral foi aleatório estratificado, cuja unidade amostral foi o número de saídas/transferências de pacientes em cada uma das unidades de internação do Hospital, entrevistando-se todos os profissionais envolvidos na assistência do mesmo. Para o cálculo foi considerando um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 7%. O sorteio de leitos em cada unidade foi realizado segundo uma tabela de randomização. Como critério de inclusão foi utilizado a seleção de pacientes que estavam a de 24 horas de internado na unidade e sem programação de alta nas 24 horas subsequentes.

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: a) instrumento de "Padrão ouro" das informações clínicas, b) instrumento de "Padrão ouro" sobre as premissas do modelo assistencial avaliado (comunicação entre a equipe) e, c) instrumento de avaliação da conformidade dos critérios de conhecimento do caso e comunicação entre a equipe.

O conhecimento do caso constitui-se de um conjunto de informações padronizadas constituída pelos seguintes itens: conhecimento do diagnóstico e motivo de internação, quais os cuidados planejados para as últimas 24h de internação, o plano terapêutico, os exames que se apresentam alterados e o planejamento para alta.

A conformidade na comunicação entre a equipe foi avaliada por meio das de entrevistas aos profissionais sobre: informações recebidas em plantão (intra-equipes), troca de informações entre o enfermeiro responsável e a equipe multidisciplinar, uso de formulários padronizados para registro de passagem de informações (denominado "Plano Assistencial") e a troca de informações entre o enfermeiro e o médico responsável pelo paciente.

Todas as respostas dos questionários pontuam entre 0 e 2 (não, parcialmente e sim). As médias das pontuações para cada questão foram transformadas em escalas de 0 a 100, compondo assim os índices de Conhecimento e Compreensão que são utilizados nas análises subsequentes. Para as comparações das variáveis qualitativas foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher (F), quando necessário. Para as comparações das variáveis quantitativas entre duas amostras independentes o teste utilizado foi o t-Student. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5%.

Foi estabelecida a porcentagem de 85% de conformidade das respostas como ponto de corte para os índices, baseados na variabilidade encontrada.

Resultados: Foram realizadas 312 entrevistas a profissionais da assistência, tendo por base a consulta a 199 prontuários. A maior parte dos profissionais entrevistados estava entre enfermeiros (64%) e fisioterapeutas (25,6%), cuja característica profissional estava entre aqueles que são classificados na Instituição como experientes – 75% são plenos e 18% seniores. Setenta e quatro por cento dos profissionais eram fixos em suas unidades, ou seja, são considerados conhecedores das rotinas e das características dos pacientes lá atendidos.

A partir do ponto de corte as respostas foram categorizadas em:

Modelo com desempenho esperado: alto grau de conhecimento (comunicação) correspondendo a valores iguais ou maiores que 85% na pontuação geral.

Modelo com desempenho abaixo do esperado: baixo grau de conhecimento (comunicação) correspondendo a valores abaixo de 85% na pontuação geral;

Não existem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos “modelo com desempenho esperados” e “modelo com desempenho abaixo do esperado” para as variáveis sexo, situação e cargo dos profissionais (tabela 4).

Há um maior percentual de profissionais envolvidos (mais do que 2 profissionais) naqueles pacientes que estão no grupo modelo com desempenho abaixo do esperado, (tabela 4).

Tabela 4 - Análise do Conhecimento do caso do paciente

		Conhecimento geral				p-valor
		<85%		≥85%		
		n	%	n	%	
Sexo	F	15	62,5%	106	60,6%	0,856
	M	9	37,5%	69	39,4%	
Enfermagem - Situação do profissional	cobertura	8	33,3%	47	26,9%	0,506
	fixo	16	66,7%	128	73,1%	
	Junior	1	4,2%	11	6,3%	
Enfermagem - Cargo do profissional	Pleno	19	79,2%	135	77,1%	0,919
	Senior	4	16,7%	29	16,6%	
Recebeu informações sobre o conhecimento do caso do plantão anterior (enf)	não/parc	1	4,2%	3	1,7%	0,422
	sim	23	95,8%	172	98,3%	
Tem as informações relevantes sobre a Assistência Interdisciplinar (enf)	não/parc	2	15,4%	6	6,7%	0,265 (F)
	sim	11	84,6%	84	93,3%	
O impresso Assistencial do paciente está aberto (enf)	não/parc	2	8,7%	5	3,0%	0,205 (F)
	sim	21	91,3%	160	97,0%	
O impresso Assistencial do paciente está atualizado (enf)	não/parc	5	21,7%	15	9,1%	0,077 (F)
	sim	18	78,3%	150	90,9%	
Há registro de discussão com o médico (enf)	não/parc	9	39,1%	37	22,3%	0,078
	sim	14	60,9%	129	77,7%	
Número de funcionários envolvidos	até 2 funcionários	20	83,3%	167	95,4%	0,020
	mais de 2 funcionários	4	16,7%	8	4,6%	
Comunicação Geral	<85%	17	70,8%	106	60,6%	0,332
	≥85%	7	29,2%	69	39,4%	

A comunicação é melhor quando o enfermeiro tem as informações relevantes sobre a assistência interdisciplinar, utiliza de forma adequada um formulário para registro padronizado da assistência (“Plano assistencial”) e formaliza (registra em prontuário) a discussão com o médico.

Há um maior percentual de profissionais envolvidos na assistência em pacientes cuidados por um número maior de profissionais (mais do que 2) no grupo cujo modelo apresentou desempenho esperado (Tabela 5)

Tabela 5: Análise da comunicação entre a equipe multiprofissional

		Comunicação geral				p-valor
		<85%		≥85%		
		n	%	n	%	
Sexo	F	75	61,0%	46	60,5%	0,950
	M	48	39,0%	30	39,5%	
Enfermagem - Situação do profissional	cobertura	39	31,7%	16	21,1%	0,102
	fixo	84	68,3%	60	78,9%	
	Junior	6	4,9%	6	7,9%	
Enfermagem - Cargo do profissional	Pleno	99	80,5%	55	72,4%	0,397
	Senior	18	14,6%	15	19,2%	
Recebeu informações sobre o conhecimento do caso do plantão anterior (enf)	não/parc	3	2,4%	1	1,3%	>0,999
	sim	120	97,6%	75	98,7%	
Tem as informações relevantes sobre a Assistência Interdisciplinar (enf)	não/parc	6	22,2%	2	2,6%	0,004 (F)
	sim	21	77,8%	74	97,4%	
O impresso Assistencial do paciente está aberto (enf)	não/parc	7	6,3%	0	0,0%	0,043 (F)
	sim	105	93,8%	76	100,0%	
O impresso Assistencial do paciente está atualizado (enf)	não/parc	17	15,2%	3	3,9%	0,014
	sim	95	84,8%	73	96,1%	
Há registro de discussão com o médico (enf)	não/parc	37	32,7%	9	11,8%	0,001
	sim	76	67,3%	67	88,2%	
Número de funcionários envolvidos	até 2 funcionários	121	98,4%	66	86,8%	0,001 (F)
	mais de 2 funcionários	2	1,6%	10	13,2%	
Conhecimento geral	<85%	17	13,8%	7	9,2%	0,332
	≥85%	106	86,2%	69	90,8%	

Discussão: A adequada assistência ao paciente permeia a interação dos profissionais envolvido no caso. Quanto melhor a comunicação, entendimento e objetivos em comum,

melhor o resultado clínico. O modelo de assistência adotado por cada instituição de saúde, por seu vez, envolve um processo de comunicação, de eficiência e efetividade técnica dos profissionais envolvidos em um caso, proporcionando um entendimento harmonioso e um melhor atendimento ao paciente. O relacionamento interpessoal influi diretamente neste processo.

Nossas análises demonstraram que a comunicação é melhor quanto existe uma interação entre 2 ou mais profissionais, porém não garante o melhor conhecimento sobre as necessidades de cuidado com o paciente.

Essa é uma constatação importante visto que um dos pontos críticos da assistência ao paciente internado é a possibilidade de continuidade do cuidado, com informações necessárias, foco nas intervenções adequadas e seguras.

O uso de sistêmicas para registro e passagem das informações, a exemplo do SBAR tem demonstrado a importância da mensuração da comunicação entre os diversos profissionais das diferentes áreas e também a continuidade da informação passada entre os plantões dentro de cada disciplina. Em um levantamento realizado anteriormente (dados ainda não publicados) com a mesma metodologia identificamos que, por exemplo, cada dia a mais de interação aumenta em 1% a chance de a equipe conhecer as informações clínicas do paciente e que o registro formal da discussão com o médico aumenta em 2 vezes a chance.

A descrição de pilares para a qualidade da assistência multiprofissional têm se mostrado necessária em razão da característica como vez mais complexa e múltipla das intervenções e seu potencial como fonte de erros.

O apropriado registro de informações em prontuário, a continuidade da assistência e a comunicação da equipe já foram apontados como pontos frágeis da assistência multiprofissional. A mensuração de seu desempenho, como na metodologia proposta, pode fornecer condições adequadas para avaliação e monitoramento da capacidade de um modelo assistencial ser exitoso na consecução de seu propósito, a saber, prestar a melhor assistência à saúde com qualidade e segurança.

Conclusão: O modelo assistencial formatado sob as premissas de Conhecimento e Comunicação interdisciplinar permite a projeção de nível de qualidade da assistência prestada na Instituição a partir de critérios mensuráveis e de fácil monitoramento. A despeito de aparentemente representar uma maior complexidade ao cuidado, um modelo assistencial multidisciplinar estruturado e integrado pode, ao contrário, promover uma melhor comunicação com vistas à segurança das intervenções propostas, porém não está garantindo melhor conhecimento sobre as necessidades dos pacientes.

T00168 - O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SETOR SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Autor: FERNANDO SANTOS SCHNEIDER; Co-autores: HELIDEA DE OLIVEIRA LIMA; FERNANDA JORGE MACIEL; FRANCISCO ANTONIO TAVARES JUNIOR

Resumo: O objetivo desse trabalho foi aprimorar o Planejamento Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por meio da elaboração do Mapa Estratégico. Analisou-se a os instrumentos de gestão do Estado e documentos que norteiam a política em saúde, com base na metodologia Balanced Scorecard. Observou-se, a partir de 2007, conjuntura singular ao planejamento estratégico, permitindo a elaboração do Mapa Estratégico da SES/MG. Esse Mapa foi orientado pelos compromissos assumidos no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, visão de futuro da SES/MG, modelo de organização das redes de atenção à saúde e outros documentos, resultando em quatro perspectivas.

Palavras-chave: gestão em saúde; planejamento estratégico; redes de atenção à saúde.

Introdução

O planejamento – e instrumentos resultantes de seu processo, como planos e relatórios – é objeto de grande parte do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS), quer indicando processos e métodos de formulação, quer como requisitos para fins de repasse de recursos e de controle e auditoria.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº. 8.080/90, atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal” (inciso XVIII do Art. 16).

Os instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e, portanto, às três esferas de gestão são o Plano de Saúde (PS), as suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) (Portaria N.º 3.085/2006).

Em Minas Gerais, no entanto, o Sistema de Gestão do SUS vem recebendo contribuições de um Estado, cujo governo se tornou conhecido pela prática denominada “Choque de Gestão”. O Governo de Minas vem propondo um planejamento de longo prazo, a partir de um completo estudo de cenários e possibilidades e de uma visão de “Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver”. Para alcançar tal objetivo, foram definidas estratégias setoriais, dentre elas, a de Estado para Resultados, que contempla também a área de resultado relacionada ao setor saúde, denominada Vida Saudável (PMDI, 2007).

Nesse contexto, a SES/MG iniciou em 2008 o processo de elaboração de seu Mapa Estratégico, representação visual do planejamento estratégico dessa instituição. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi elaborar o Mapa Estratégico da SES/MG.

Métodos

O Mapa Estratégico da SES/MG foi desenvolvido pela equipe do Núcleo de Planejamento Estratégico/Assessoria de Gestão Estratégica em parceria com o Gabinete da Secretaria. Esse processo de elaboração foi realizado em duas etapas: 1ª) análise dos instrumentos de gestão do Estado de Minas Gerais; 2ª) análise dos documentos que norteiam a política em saúde no Estado, e organização do planejamento estratégico tendo como base a metodologia Balanced Scorecard (Kaplan & Norton, 2004).

O Balanced Scorecard (BSC) é uma metodologia de gestão da estratégia, reconhecida por gerenciar o alcance dos objetivos e desafios definidos. No BSC, mensuram-se tanto os ativos tangíveis da organização - execução física, financeira e processos, quanto os ativos intangíveis - aprendizado e crescimento dos profissionais, clima e a cultura organizacional, alinhamento da Tecnologia da Informação e orientação para os resultados. O mapa estratégico nada mais é que um instrumento de organização, comunicação e gerenciamento da estratégia definida.

1ª Etapa – análise dos instrumentos de gestão do Estado de Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais no início do governo 2003-2006 efetuou uma série de reformas administrativas, processo que ficou conhecido como “Choque de Gestão”. Para isso, foram utilizados instrumentos voltados aos três níveis de planejamento: o de curto prazo (Planejamento Operacional), o de médio prazo (Planejamento Tático) e o de longo prazo (Planejamento Estratégico).

Ao início do governo 2003-2006 em Minas Gerais foi encontrada uma situação financeira crítica com: déficits fiscais crônicos, endividamento crescente; planejamento e orçamento desarticulados, com conseqüente descrédito de planos; despesas orçamentárias sem cobertura financeira, o que gerava sérias dificuldades com fornecedores; além da ausência de instrumentos de controles gerenciais, especialmente de planejamento e orçamento. Esse cenário foi enfrentado com a adoção de um modelo de Duplo Planejamento, de forma a revigorar, em curto prazo, a capacidade administrativa

e, em médio e longo prazo, construir uma máquina estatal racional, equilibrada, eficiente e voltada para seus principais clientes, os cidadãos. Esse conceito de Duplo Planejamento surgiu por uma necessidade dos agentes econômicos competirem no presente e se prepararem para o futuro (Guimarães, Tavares de Almeida, 2006).

A abordagem dual exige duas estratégias simultâneas e coerentes entre si. Desta forma o governo adotou medidas emergenciais e melhorou a capacidade de atuação do Estado, revitalizando dois instrumentos já existentes e previstos na Constituição Estadual: o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) e o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Foi efetuado um alinhamento estratégico entre os instrumentos de planejamento e orçamento do governo, surgindo o escritório estratégico de projetos do Estado, intitulado como o instrumento de Gestão Estratégica de Recursos e Ações do Estado – GERAES. Foi criado também um importante instrumento de gestão pública por Resultados, os contratos de gestão mineiros, denominados como Acordo de Resultados.

Seguindo essa abordagem dual, foi proposto que o equilíbrio entre estruturas e processos deveria basear-se na gestão por programas (ou clientes), sendo que os gestores passariam a ser responsáveis pela definição das ações necessárias para se alcançar os resultados e pela excelência na gestão. Periodicamente a execução e a estratégia eram contrapostas por meio de reuniões dos comitês setoriais e avaliações da execução de metas, possibilitando a revisão para o médio e curto prazo do PPAG e dos Acordos de Resultados, transpondo as definições estratégicas do PMDI, de acordo com as análises de cenário. Nesse contexto, o Acordo de Resultados passou a ser utilizado como um importante instrumento de gestão e avaliação de desempenho institucional no curto prazo.

Em 2007, o atual governo mineiro definiu como uma de suas macro-diretrizes a implantação do “Choque de gestão de 2ª geração”, fundamentado em choques de gestão setoriais. O Acordo de Resultados, um dos pilares da 1ª fase do Choque de Gestão, foi reformulado, de forma a redistribuir os níveis de responsabilidade, além de ter dividido esse Acordo em duas etapas.

A primeira etapa consiste na pactuação dos grandes resultados definidos na estratégia para o Sistema Estadual de Saúde, que é composto pela Secretaria de Estado e pelas entidades a ela vinculadas; e a segunda etapa é a atribuição de indicadores e metas desdobrados da macro-estratégia para as equipes de cada órgão. No caso da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, foram definidos indicadores para todas as Superintendências e Gerências Regionais de Saúde. Com a 2ª etapa, foi introduzido um novo elemento, o pagamento por equipe de prêmio por produtividade, proporcional à nota obtida pelo Sistema de Saúde de Minas no cumprimento da macro-estratégia e ao desempenho específico do setor nos resultados.

Com o fortalecimento do PMDI, a priorização dos projetos e ações mais impactantes (com a reestruturação do PPAG) e a implementação da gestão pública por resultados, concretizada nas duas fases do Acordo de Resultados, foi gerada uma conjuntura singular para o planejamento estratégico no Estado.

2ª Etapa – análise dos documentos norteadores da política de saúde no Estado

Foram analisados os documentos norteadores da política de saúde em Minas Gerais, além de referenciais teóricos que vêm subsidiando a organização do SUS em MG, a saber:

1. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI, 2006);
2. Plano Estadual de Saúde (2007-2011);
3. Políticas de Redes (Mendes – prelo).

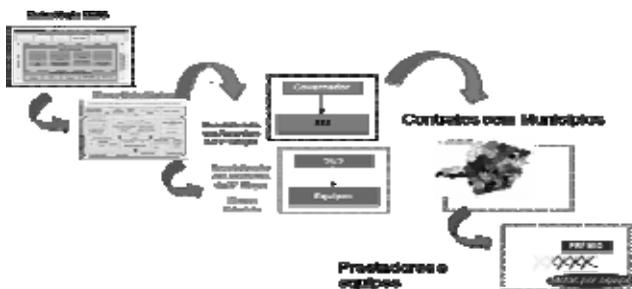
Resultados

O Mapa Estratégico foi orientado primordialmente pela visão – ambição futura da SES/MG – que é Ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor. Entretanto, nota-se uma relação bastante peculiar entre a visão da SES/MG, a sua missão e o seu negócio.

A partir da reforma da saúde pública no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde, foi alterado o papel de cada nível de governo na prestação dos serviços públicos de saúde. De acordo com Souza (2001) “Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais”. Esse novo escopo da política de saúde pública com a prestação dos serviços colocada sob a responsabilidade dos municípios gerou uma alteração da missão das Secretarias Estaduais de Saúde, dessa forma a missão da SES/MG, ou sua razão de ser, foi definida como: “Formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS.”

Todavia o negócio da SES/MG se focaliza em resultados para a população, independente de a Secretaria ser ou não responsável direta por sua execução. Por meio da articulação entre os componentes do SUS, a atuação da Secretaria deve focar-se na “Promoção e proteção da saúde no Estado de Minas Gerais, identificando as necessidades de sua população”. Espera-se que essa articulação entre os instrumentos do planejamento e contratualização alcance o fluxo representado na figura 1.

Figura 1 – Desenho da contratualização de resultados



Outros pressupostos para construção do mapa foram os instrumentos de gestão estadual. Os resultados pactuados com a sociedade no PMDI e os projetos estruturantes para o alcance desses resultados orientaram as perspectivas de clientes e processos internos, enquanto as metas de modernização da gestão e melhoria do gasto público, contidas no Acordo de resultados, subsidiaram alguns elementos para a perspectiva de aprendizado e crescimento e financeiro.

Assim, foram definidos os objetivos estratégicos de cada uma das quatro perspectivas.

a) Perspectiva Financeira

A perspectiva Financeira foi colocada na base do Mapa, diferentemente dos modelos tradicionais de Mapa Estratégico, onde se localiza, geralmente, no topo do desenho. Isso se justifica pelas peculiaridades do sistema estadual de saúde, que possui como prerrogativa o investimento público constitucional e o desafio de cumprir a Emenda Constitucional Nº 29. Os objetivos estratégicos elencados foram organizados em dois temas estratégicos: Qualidade e Recursos. O primeiro aborda a qualificação da aplicação dos recursos da SES/MG, priorizando o gasto público em despesas finalísticas, de maneira a ampliar a parcela do orçamento destinada a projetos e atividades que contribuam à saúde da população mineira e permitam reduzir o percentual do gasto com o custeio do aparato estatal.

O segundo tema aborda o montante de recursos destinado à saúde global e regional, abordando também a redução das desigualdades regionais. Entende-se que o aumento do volume de recurso gasto em saúde somado à otimização de seu uso, permitirá alcançar os objetivos estratégicos de todas as outras perspectivas subsequentes.

b) Perspectiva da Inovação e Qualidade em Gestão Pública

A perspectiva de aprendizado e crescimento refere-se ao capital humano, capital informacional (tecnologia da informação) e ao capital organizacional (trabalho em equipe e cultura organizacional) (Kaplan & Norton, 2004). No Mapa elaborado para a SES/MG, no entanto, essa perspectiva foi denominada Inovação e Qualidade em Gestão Pública com o objetivo de promover um alinhamento com o PMDI. Nesse documento, observa-se que o Governo propõe, na estratégia Estado para Resultados, a Inovação e Qualidade em Gestão Pública como um aspecto que deve passar todas as Áreas de Resultados (PMDI, 2006).

Dessa forma, essa perspectiva contempla objetivos estratégicos relacionados à informação e conhecimento, à qualificação da gestão de pessoas do SUS/MG e a uma gestão pública regionalizada e orientada para resultados.

c) Perspectiva de Processos

Essa perspectiva faz referência aos processos internos que são críticos para a produção e entrega de bens e serviços aos clientes da organização (Kaplan & Norton, 2004). No caso da SES/MG, foram considerados essenciais todos os processos envolvidos na atenção à saúde - em todos os seus níveis assistenciais (primário, secundário e terciário) e em todas as dimensões do cuidado (proteção e promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e recuperação das doenças) - que contribuíssem para alcançar os objetivos definidos na perspectiva da sociedade.

Além desses aspectos, a organização dos objetivos estratégicos se deu com base no conceito de redes de atenção proposto por Mendes⁷. De acordo com esse conceito, as redes de atenção à saúde são constituídas por diversos componentes que funcionam de maneira integrada, segundo um modelo de atenção, para produzir resultados sanitários na população sob sua responsabilidade. Os modelos de atenção à saúde são configurações que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes articulando, singularmente, diferentes intervenções no processo saúde-doença.

Como elementos fundamentais para o funcionamento da rede, estão os sistemas de integração e as ações de promoção e prevenção, fundamentalmente importantes quando a situação de saúde apresenta o predomínio das condições crônicas, ou seja, aquelas que se caracterizam por acompanhar o indivíduo por grande parte de sua existência, exigindo cuidados específicos para evitar os eventos agudos (Mendes)⁷.

Por isso, na perspectiva de processos há uma forte interrelação entre os três temas estratégicos: as Redes, os sistemas de integração e as ações de promoção e prevenção - que, propiciam, em conjunto, chegar aos resultados que serão entregues à sociedade.

d) Perspectiva da Sociedade

A sociedade significa, nessa perspectiva, o público-alvo ou segmento beneficiário das ações da organização pública. Mesmo com a alteração do papel estadual na saúde, é importante notar que é a sociedade que justifica a existência e o negócio dessa instituição, logo sua definição como cliente.

No Mapa da SES/MG foram definidos como resultados a serem entregues à sociedade o aumento da expectativa de vida associado a uma melhoria da qualidade de vida. Esses produtos são traduzidos no Mapa como Viver Mais e Viver Melhor.

Outras considerações sobre o Mapa Estratégico

Para ser possível chegar a cada um dos objetivos estratégicos presentes no Mapa, foram definidas ações que devem ser realizadas. Essas ações, por sua vez, necessitam de meios concretos para sua execução, como programas, projetos, sistemas ou instrumentos, como pode ser observado na figura 1.

Por fim, foram representadas por meio de setas, a relação de causa e efeito entre objetivos e perspectivas. Isso significa, por exemplo, que a melhoria da qualidade do gasto público resultará em uma melhor gestão pública, que, consequentemente, levará ao alcance dos objetivos estratégicos propostos na perspectiva de processos. Isso culminará, por fim, na execução dos objetivos definidos dentro da perspectiva da sociedade, sendo possível à população mineira viver mais e melhor.

Ao fim de sua elaboração, em 2008, o Mapa Estratégico foi validado pela SES/MG (figura 2).

Conclusões

Atualmente o Mapa Estratégico da SES/MG vem sendo divulgado dentro dos diversos setores da instituição, como elemento norteador da estratégia, possibilitando aos gestores e aos servidores maior subsídio para execução e planejamento das ações que impactam no desempenho da SES/MG e nos resultados para a população.



Figura 2 – Mapa Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Além disso, a equipe do Núcleo de Planejamento Estratégico continua trabalhando em conjunto com as áreas técnicas, na definição de indicadores que consigam medir os resultados referentes a cada um dos objetivos estratégicos e em mecanismos para repassar essa contratualização, como contratos de gestão entre os componentes do Sistema Estadual de Saúde no nível central e regional e contratos assistenciais mais refinados entre Estado e Municípios. A Figura 2 retrata o modelo desenhado.

Espera-se que os desdobramentos desse trabalho guiem o Estado de Minas Gerais no sentido de obter os melhores resultados em saúde no Brasil.

TO0169- QUALIDADE EM TERAPIA INTENSIVA: CUIDADOS PREVENTIVOS NA EXTUBAÇÃO ACIDENTAL

Autor: REGIANE PEREIRA MARTINS LIMA; Co-autores: MARCIA RAQUEL PANUNTO; AMANDA NOLASCO ASSUNÇÃO

Resumo: A extubação accidental é um relevante indicador de qualidade da assistência, e um evento que deve ser monitorado no gerenciamento de risco, cabe ao enfermeiro e equipe de saúde atuar com ações para a sua prevenção. O presente estudo bibliográfico tem a finalidade de elaborar um plano de cuidados e intervenções para a prevenção da extubação accidental do paciente crítico, a partir da implementação de cuidados, tais como: traqueostomia precoce; desmame da sedação; avaliação neurológica e restrição do paciente; fixação adequada do tubo orotraqueal e manutenção na rima de intubação e medida de pressão do balonete do tubo orotraqueal.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva, Cuidados intensivos, Respiração Artificial, Qualidade da Assistência à Saúde, Enfermagem.

Introdução

As unidades de terapia intensiva (UTI) são definidas, de acordo com a Portaria n.º 3432 do Ministério da Saúde (1998), como “unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acessos às outras tecnologias destinada a diagnóstico e terapêutica”. Tendo em vista o preconizado, entende-se como necessário o cuidado à beira do leito contínuo, com segurança e qualidade.

Ao mencionar qualidade do atendimento em saúde, remete-se ao tema segurança do paciente, que é uma responsabilidade direta do enfermeiro, visto que este, é um profissional que está presente 24 horas junto ao paciente.

A qualidade da assistência da enfermagem envolve aspectos importantes, como nas ações cotidianas do ser enfermeiro, reconhecer-se como profissional e exercer sua profissão, ter conhecimentos e habilidades, crenças e valores individuais, profissionais e institucionais. O produto deste trabalho constitui-se pelo resultado das ações do enfermeiro sobre o paciente. O entendimento de qualidade, neste caso, seria o equilíbrio entre benefícios e os danos provocados por essas ações à saúde, assim como, na avaliação da sua efetividade (Cianciarullo, 1997).

Uma forma muito utilizada para a avaliação da qualidade da assistência é através de indicadores, que representam uma maneira quantitativa e/ou qualitativa de se observar os resultados e através deles gerenciar os possíveis riscos assistenciais. Segundo a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), define-se indicador como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado, ou ainda, uma medida quantitativa que pode ser empregada como um guia para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço (CQH, 2006). Os indicadores da assistência mais utilizados são: incidência de queda de paciente, incidência de úlcera por pressão, incidência de flebite, incidência de perda de sonda nasogastrointestinal e incidência de extubação accidental, sendo este último um importante indicador para UTIs.

O uso da ventilação mecânica invasiva (VMI) nas terapias intensivas é um dos principais recursos de suporte à vida em que o enfermeiro atua diretamente com os cuidados. O suporte ventilatório é amplamente utilizado em uma série de situações clínicas, como reversão de hipoxemia e fadiga muscular, tratamento de acidose respiratória e redução de pressão intracraniana, e outros. Para a sua instalação faz-se uso, na maioria das vezes, a intubação orotraqueal, onde se tem acesso às vias aéreas inferiores através de um tubo (Cintra, Nishide e Nunes, 2005).

Em um estudo realizado por Garner e Reiss (2005) constatou-se que, uma das mais freqüentes complicações em pacientes em uso de ventilação mecânica é a extubação acidental (11,3%), mais freqüente que embolia pulmonar, trombose venosa e falência renal. Em uma revisão bibliográfica realizada por Dopico e Castellões (2006) encontraram-se valores bem discrepantes de extubação acidental, entre 3% a 27%, o que nos aponta para as diferenças assistenciais e a importância da mensuração deste indicador em cada serviço.

Uma das principais consequências diretamente relacionada a este evento, é a retenção de gás carbônico e diminuição de oxigênio, principalmente em pacientes com estímulo respiratório diminuído (Dopico e Castellões, 2006). Os danos da extubação acidental ao paciente podem ser ainda maiores na ocorrência de uma reintubação difícil, aumentando ainda mais o tempo de uma ventilação inadequada e as inevitáveis consequências. Em um estudo multicêntrico realizado por De Lassence (2006), constatou-se que 95% dos pacientes que sofreram extubação acidental desenvolveram pneumonia, uma complicação que pode aumentar significativamente com o tempo de internação hospitalar. Balon apud Dopico e Castellões (2006) revelou que 58% dos pacientes que sofreram extubação acidental referiram dor na região orotraqueal.

O presente estudo teve por objetivo elaborar um plano de cuidados e intervenções para a prevenção da extubação acidental do paciente crítico, baseado em referenciais teóricos e na vivência prática durante a residência em enfermagem em terapia intensiva adulto. Em sua construção, procurou-se contemplar aspectos a serem observados pela equipe multiprofissional que compõe uma unidade de terapia intensiva, entre eles médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

Justificativa

Em vista da incidência e das complicações já relatadas da extubação acidental em referências bibliográficas e da experiência durante a residência de enfermagem em unidade de terapia intensiva, identificamos a necessidade da elaboração de um plano de cuidados, que oriente a assistência ao paciente em ventilação mecânica, que contribuirá para a diminuição deste evento e melhora da qualidade da assistência.

Métodos

Trata-se de um estudo bibliográfico, com levantamento de livros e periódicos, baseados em ventilação mecânica, extubação acidental e cuidados ao paciente submetido a intubação orotraqueal. Posteriormente a realização do estudo, será promovido o envolvimento dos demais profissionais, por meio da educação continuada, onde os cuidados aqui apontados serão incorporados aos procedimentos operacionais padronizados (POP) da instituição para implementar a assistência.

Resultados

No levantamento bibliográfico não se obteve muitos referenciais sobre os cuidados preventivos da extubação acidental. Castellões e Silva (2007) elaboraram um guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental baseado nos quatro momentos de maior incidência levantados por eles, que são: banho no leito, transporte, mudança de decúbito e troca de fixação. Entretanto, há estudos que abordam a importância de outros cuidados contínuos e interdisciplinares, correlacionados com a nossa prática e essenciais para a melhora dos indicadores assistenciais.

O plano assistencial descrito a seguir foi elaborado com base em referenciais bibliográficos e na experiência prática em UTI. Ele será aplicado em um segundo momento agregado à avaliação diária do indicador de extubação acidental. Os cuidados elencados foram: traqueostomia precoce; desmame da sedação, avaliação neurológica e restrição do paciente; fixação adequada do tubo orotraqueal; manutenção do tubo na rima de intubação; medida de pressão do balonete do tubo orotraqueal.

Traqueostomia precoce

Rumbak et al citado por Dopico (2006) mostrou que os pacientes traqueostomizados tardiamente (em 14 dias) sofreram mais extubações acidentais quando comparados ao grupo de pacientes que traqueostomizavam precocemente (48 horas) na proporção de 6:0. Tal estudo considerou esses resultados como uma comprovação dos benefícios da traqueostomia precoce, assim como preconizado pelo III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Para os pacientes com previsão de permanecer por mais de 14 dias em ventilação mecânica, recomenda-se que a traqueostomia precoce seja feita em até 48 horas do início da VMI (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica), o que faz com que se reduza a taxa de mortalidade, pneumonia associada à VM, tempo de internação em UTI e de VM (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica). Essa recomendação não é uma regra geral e deverá ser avaliada a condição clínica do paciente.

Desmame da sedação, avaliação neurológica e restrição do paciente

Paciente desperto	
Nível 1	Paciente ansioso, agitado ou inquieto
Nível 2	Paciente cooperativo, orientado ou tranqüilo
Nível 3	Paciente somente responde a comandos
Paciente adormecido	
Nível 4	Resposta rápida *
Nível 5	Resposta vagarosa
Nível 6	Nenhuma resposta

Tabela 1 – Escala de sedação de Ramsay

* Resposta a uma batida patelar leve ou estímulo sonoro alto

Uma das principais indicações de sedação no paciente crítico é melhorar o sincronismo com o ventilador mecânico (Benseñor e Cicarelli, 2003). Em algum momento da evolução do paciente o desmame da sedação será necessário, seja para uma extubação programada ou para avaliação neurológica. Este momento deverá ser acompanhado e avaliado constantemente com relação ao grau de sedação, de acordo com a escala de Ramsay (Tabela 1) e ao grau de sedação-agitação, utilizando a escala SAS (Tabela 2), de forma a implementar ações para impedir a auto-extubação.

Associada à avaliação da sedação, orienta-se o uso de restrições mecânicas nos membros. Tominaga et. al (1995) concluiu em seu estudo que a melhor maneira de diminuir a extubação acidental causada pelo paciente é a contenção das mãos quando este, não estiver sedado.

Fixação adequada do tubo orotraqueal e manutenção na rima de intubação

A fixação do tubo orotraqueal e a avaliação da posição do tubo são cuidados importantes para a manutenção das vias aéreas. Prioritariamente, a fixação deve ser realizada por duas pessoas, sendo uma responsável por segurar o tubo na posição correta, enquanto a outra realiza a fixação, de modo a permitir a menor movimentação possível do tubo, sendo confortável para o paciente, permitindo a higienização oral e preservando a pele íntegra. Os materiais mais utilizados para a fixação é a fita adesiva e o cadarço, sendo que o primeiro pode dificultar da higiene oral e o segundo pode desenvolver úlceras em alguns pontos, como o lobo da orelha. Para evitá-las devemos reduzir a pressão nestes pontos com o uso de, por exemplo, gaze. A prevenção de lesões nos lábios pode ser realizada através do reposicionamento periódico do tubo (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica). O registro diário da rima do tubo em impressos acessíveis a toda equipe assistencial pode auxiliar na avaliação de possíveis deslocamentos.

7. Agitação perigosa	Ansiedade severa, sudorese, traciona a cânula traqueal, tentando remover cateteres com movimentos de um lado para outro.
6. Muito agitado	Não permanece calmo, a despeito de ordem verbal freqüente com o paciente, necessita restrição física, morde a cânula traqueal.
5. Agitado	Ansioso ou levemente agitado. Calmo quando se passa instrução verbal.
4. Calmo e cooperativo	Calmo, desperta facilmente e segue comandos.
3. Sedado	Difícil para despertar, alerta a estímulo verbal ou a um movimento gentil, obedece a comandos simples.
2. Muito sedado	Acorda a estímulo físico, mas não responde a comandos, movimentos espontâneos ocasionais.
1. Não responsivo	Mínima ou nenhuma resposta a estímulo, não responde a comandos, sem movimento espontâneo, ausência de tosse.

Tabela 2 – Escala de sedação-agitação SAS

Medida de pressão do balonete do tubo orotraqueal
Embora a finalidade do balonete do tubo orotraqueal não seja fixá-lo e sim selar a via aérea, recomenda-se a medida periódica (três vezes por dia) da pressão do balonete, de forma a permitir a perfusão da mucosa traqueal, prevenir o vazamento de ar e impedir a aspiração de secreções. A pressão ideal do balonete é entre 15 a 25 mmHg (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica).

Conclusões

A utilização de um plano de cuidados e intervenções para a prevenção da extubação acidental do paciente crítico é de fundamental importância quando pensamos em segurança do paciente. Sendo este, um importante indicador de qualidade na assistência e aspecto relevante quando se fala em gerenciamento de risco, cabe ao enfermeiro e equipe de saúde atuar em ações para a prevenção deste evento.

Preteende-se a partir deste estudo implementar na prática o plano assistencial para prevenção da extubação acidental. Ressalta-se também que os cuidados aqui detalhados devem ser observados

pela equipe multiprofissional que compõe uma unidade de terapia intensiva.

Referências

1. Benseñor FEM, Cicarelli DD - Sedação e Analgesia em Terapia Intensiva. Rev Bras Anestesiologia. 2003; 53: 5: 680 – 693.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº3432 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. 1998. Acessado em 26/02/2008 em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=3323
3. Cianciarullo, TI. Teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo (SP): Icone; 1997.
4. Cintra, EA; Nishide, VM; Nunes, WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
5. De Lassence et al. Impact of unplanned extubation and reintubation after weaning on nosocomial pneumonia risk in the intensive care unit: a prospective multicenter study. 2002. Acesso em 25/02/09 em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12131116?ordinalpos=25&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
6. Dopico, L; Castellões, TM. Extubação acidental na terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. Online Brazilian Journal of Nursing. Vol. 5, n. 1. 2006.
7. Gamer WL, Reiss M. Burn care in Los Angeles, California: LAC+USC experience 1994-2004. 2005. Acesso em 25/02/09 em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15649615?ordinalpos=19&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
8. Programa de qualidade hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. São Paulo: APM/ CREMESP, 2006.
9. Tominaga GT, Rudzwick H, Scannell C, Waxman K. Decreasing unplanned extubations in the surgical intensive care unit. Am J Surg. 1995; 170(6):586-9. Acessado em 26/02/2009 em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492006?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
10. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007; 33 (supl. 2): S 128 – 150.

T00171 - OTIMIZAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO EM UMA UNIDADE SEMI INTENSIVA ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DA PASSAGEM DE PLANTÃO À BEIRA LEITO ENTRE AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Autor: CAMILA MARTINS DE OLIVEIRA; Co-autores: FABIANE MENDES PARAIZO; VIRGINIA MARIA CERONI PARAIZO; ADRIANA CASTANHO

PALAVRAS-CHAVE: Passagem de plantão; Enfermagem; Quebra de paradigmas.

1. INTRODUÇÃO

De acordo com Nogueira (1998), a passagem de plantão é um mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada. Neste momento ocorrem as trocas de informações entre plantões, sobre o estado do paciente, os procedimentos realizados, as intercorrências e as pendências. Andrade et al (2004) identificou como dificuldades na passagem de plantão: a ausência da comunicação oral, a falta de clareza nas anotações, a simplificação de informações e a não valorização da passagem de plantão. Ressalta-se que uma passagem de plantão mal realizada torna-se potencial de risco para erros no plantão seguinte, dificultando a continuidade da assistência, a tomada de decisão e o gerenciamento da Unidade. Nesta atividade hospitalar tão rotineira, nota-se ainda o cansaço do funcionário do plantão anterior, somado a pressa de deixar a Unidade, devido a outras obrigações como emprego, família, filhos ou estudo, o que favorece a omissão de informações fundamentais para a continuidade da assistência.

A forma adotada em nossa Instituição é a passagem de plantão em equipe, no próprio posto de enfermagem. Os auxiliares e técnicos de enfermagem passam o plantão para as enfermeiras líderes meia hora antes do término do plantão. Ao chegar ao menos uma enfermeira e dois auxiliares ou técnicos do turno seguinte, a enfermeira passa o plantão para tal equipe. Os auxiliares e técnicos que irão assumir o plantão conferem rapidamente os prontuários e verificam as anotações e as checagens nas prescrições médicas e de enfermagem. Isso não ocorre de forma eficaz e organizada, sendo comuns as conversas paralelas, a dispersão, e a interrupção por parte de outros profissionais.

A escala de funcionários é fixa semanalmente, ou seja, cada colaborador assume as atividades da assistência dos mesmos pacientes durante uma semana. A cada segunda feira, troca-se a escala. No período da manhã adota-se uma rotina diferenciada dos outros plantões, a partir de um acordo entre a equipe: o colaborador assume o mesmo paciente durante todo o tempo que ele estiver internado na Unidade. Desta forma, a escala é modificada de acordo com a rotatividade dos pacientes

A conferência dos prontuários é uma atividade fundamental. É nesse momento que o funcionário do plantão anterior é alertado sobre a falta de checagem, anotação ou a não realização de alguma medicação ou procedimento. É nesse momento ainda que se percebe a falta de horário em alguma medicação ou algum exame a ser encaminhado ou digitado, que por algum motivo, tenha passado despercebido.

Tal conferência não ocorre de forma eficaz, uma vez que é feita de forma rápida e desatenta. Muitas vezes os prontuários ainda estão com os funcionários do plantão anterior, que estão terminando de realizar suas anotações e checagens. Com isso, os erros são percebidos somente ao longo do plantão seguinte.

Ocorre rotineiramente que alguns funcionários do plantão anterior, que possuem outro emprego, saem rapidamente da Unidade, antes da passagem para o plantão seguinte, uma vez que já passaram seu plantão para a enfermeira. Desta forma, os erros encontrados pelo plantão seguinte durante a conferência dos prontuários, como a falta de checagem, não podem ser pontuados imediatamente para tal funcionário. Diante desta situação, a enfermeira responsável pelo plantão anterior tentar um contato com tal funcionário, via telefone, para tentar sanar a dúvida e consertar o erro.

Na passagem de plantão também é comum o alarme das campainhas dos quartos, o que faz com que o enfermeiro do plantão anterior tenha que escalar alguns funcionários para atenderem as campainhas, durante a passagem de plantão. Isso acarreta demoras no atendimento das campainhas e reclamações posteriores por parte dos pacientes e acompanhantes. As campainhas também são comuns no início do plantão seguinte, com solicitações que poderiam ter sido atendidas no plantão anterior.

Desta forma, muitas pendências e falhas são percebidas somente no decorrer do plantão seguinte, deixando dúvidas e acarretando atrasos.

Observa-se ainda que o paciente fica um período de tempo longo, em média 90 minutos, sem ser visto por um profissional da enfermagem, devido à passagem de plantão. O funcionário do plantão seguinte gasta o tempo restante do final do seu plantão, de cerca de meia hora, para documentar e sanar as pendências. Em seguida ocorre a passagem de plantão no posto de enfermagem, que dura cerca de 15 minutos. O funcionário do plantão seguinte inicia seu plantão resolvendo pendências, com duração de 30 minutos.

Baseando-se nestas informações e na experiência com tal método, este estudo buscou implementar uma forma eficaz e organizada de passagem de plantão, a fim de minimizar erros, levantar pendências e facilitar a continuidade da assistência, além de promover o envolvimento e comprometimento de todos os colaboradores.

2. OBJETIVOS

- Tornar a comunicação entre plantões eficaz e aproveitável.
- Minimizar a dispersão e desorganização.
- Evitar a omissão de informações.
- Promover o senso de responsabilidade e comprometimento dos colaboradores.
- Otimizar a checagem dos prontuários e minimizar os erros.
- Diminuir a solicitação de pacientes e acompanhantes durante a passagem de plantão e logo após a mesma.
- Facilitar a assistência prestada no plantão seguinte.
- Diminuir a pausa na assistência prestada ao paciente, decorrente do final de um plantão, da passagem de plantão e do início do plantão seguinte.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Pesquisa

Foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo experimental, a partir da realização de um projeto piloto.

3.2. Local da Pesquisa

O estudo foi realizado na Unidade Semi-Intensiva, composta por 16 leitos, pertencente a um Hospital Geral de grand porte, privado, localizado num bairro nobre do Município de São Paulo.

3.3. Etapas

3.3.1. Conferência dos prontuários

Os auxiliares e técnicos de enfermagem continuaram a passar o plantão para as enfermeiras líderes meia hora antes do término do plantão.

Entretanto, tal atividade foi acompanhada pela conferência dos prontuários pelas enfermeiras, junto aos auxiliares responsáveis pelos pacientes. Desta forma, os colaboradores do plantão seguinte não mais tiveram que conferir os prontuários. Valorizou-se a realização do “check out”, ou seja, da conferência não somente dos prontuários, como também das atividades da assistência realizadas.

3.3.2. Elaboração da escala fixa semanal

Foi adotada a escala fixa entre funcionários. Desta forma, os auxiliares e técnicos ao chegarem no plantão já sabiam os leitos que iriam assumir.

Foi elaborado um instrumento, a ser preenchido semanalmente, que ficou disponível na Unidade, em uma pasta específica para tal fim, para que todos pudessem saber os responsáveis por cada paciente em cada plantão.

3.3.3. Passagem de plantão à beira leito

Ao chegarem à Unidade, todos os colaboradores do plantão seguinte passaram a se dirigir aos seus respectivos leitos, acompanhados pelos colaboradores do plantão anterior. Desta forma, a passagem de plantão foi realizada à beira leito, de auxiliar para auxiliar.

3.3.4. Passagem de plantão no posto de enfermagem

No posto de enfermagem, a passagem de plantão foi de enfermeira para enfermeira.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Conferência dos prontuários

A primeira etapa do projeto iniciou com a conferência dos prontuários 30 minutos antes da passagem de plantão. Isso minimizou a falta de checagem e administração de medicamentos, no aprazamento dos horários nas prescrições e ainda o número de ligações feitas a funcionários do plantão seguinte para esclarecimentos sobre o que foi ou não realizado.

A maior dificuldade nesta etapa foi a viabilidade de tal conferência pelo plantão da manhã, pois ao final deste plantão aumenta-se o número de atividades da assistência. A maior demanda de visitas médicas ocorre entre 10 e 13h, horários em que há um maior número de solicitações para com a enfermeira e equipe de enfermagem. Desta forma, inicialmente, muitos prontuários não eram checados entre os plantões da manhã para a tarde. Com o decorrer do projeto, o tempo passou a ser melhor aproveitado e as atividades da assistência adaptadas à nova rotina. Isso foi responsável por grande efetividade na conferência dos prontuários; desta forma, no atual momento, todos são conferidos pelo plantão da manhã, assim como em todos os plantões.

Os plantões do período da tarde e noturnos, apresentaram maior facilidade nesta etapa, pois os termos destes plantões são menos intensos e com menos atividades da assistência.

5.2. Elaboração da escala fixa semanal

A segunda etapa do projeto consistiu na elaboração da escala fixa semanal.

De acordo com o projeto inicial, seria realizada uma escala sequencial, com funcionários assumindo uma seqüência numérica de leitos. Por exemplo, o colaborador 1 assumiria os leitos 1, 2 e 3 e o colaborador 2, os leitos 4, 5 e 6, independente do grau de dependência dos pacientes pertencentes a cada leito. Inicialmente esta forma de escala foi possível no período da tarde e nos períodos noturnos I e II, mas não foi possível no período da manhã, pois nesse período a carga de trabalho é mais intensa, devido à realização dos banhos. Neste período optou-se pela escala fixa por grau de dependência e não sequencial.

Entretanto, a escala fixa semanal sequencial não foi efetivamente implementada. Com o decorrer do projeto e a dinâmica adotada na Unidade, o entrosamento dos colaboradores foi tal que, não houve necessidade de mudanças na forma de elaboração da escala. Cada equipe continuou a adotar a forma já utilizada anteriormente.

Na terceira etapa do projeto, foi realizada a passagem de plantão a beira leito entre auxiliares e técnicos de enfermagem e no posto de enfermagem entre os enfermeiros. Esta etapa iniciou após a determinação da melhor forma a ser elaborada a escala de funcionários em todos os plantões.

5.3 Passagem de plantão à beira leito

A maior dificuldade desta etapa foi o cumprimento de horário dos auxiliares e técnicos de enfermagem, em todos os períodos. Foi estabelecido previamente que deveriam chegar a Unidade 15 minutos antes do horário de início do plantão. Isso aconteceu poucas vezes e somente em alguns plantões.

O entrosamento dos funcionários entre os plantões foi tal que, conforme os funcionários do plantão seguinte chegavam à Unidade, já procuravam os do plantão anterior, se dirigiam aos quartos e pegavam o plantão destes, independente se assumiriam ou não aqueles pacientes. Preferencialmente pegavam dos pacientes que iriam assumir, mas se disponibilizavam a pegar o plantão do seu colega de equipe que, por ventura, ainda não havia chegado à Unidade e se propunha a passar as informações para o mesmo posteriormente. Isso aconteceu de forma muito positiva na dinâmica da Unidade e no relacionamento entre as equipes.

Outra situação vivenciada foi relacionada ao tipo de informação que deveria ou não ser passada a beira leito. Na Unidade Semi-Intensiva, os pacientes ficam obrigatoriamente acompanhados. Desta forma, a troca de informações à beira leito aconteceu perante o paciente e o acompanhante, cabendo aos auxiliares e técnicos de enfermagem saberem o que pode ou não ser abordado dentro dos quartos. Assim, erros identificados pelo funcionário que está recebendo o plantão, ou algumas informações peculiares, não devem ser relatados dentro dos quartos. Entretanto, isso aconteceu algumas vezes, o que ocasionou constrangimento para o funcionário que passava o plantão. Uma vez comunicado para o enfermeiro responsável, os plantões foram reorientados a respeito de tal situação, que não mais voltou a acontecer.

A troca de informações à beira leito promoveu ainda a cooperação do acompanhante. Foi observado que participou ativamente desta atividade, tornando-se elemento importante na adição e na precisão das informações compartilhadas. Foi realizado anteriormente nesta Unidade um

estudo sobre a importância da lavagem das mãos entre os profissionais de saúde. A participação dos acompanhantes foi de grande importância na multiplicação do estudo e na identificação dos funcionários que efetivamente realizavam tal procedimento e quais não o realizavam.

Identificou-se ainda que ocorreu diminuição da pausa no tempo de assistência direta ao paciente no leito, de 90 para 30 minutos, uma vez que o paciente passou a ser visto durante a passagem de plantão.

A entrada nos quartos durante a passagem de plantão possibilitou ainda a verificação dos dispositivos presentes nos pacientes, como acesso venoso, sondas, drenos e cateteres; a verificação nos parâmetros vitais, demonstradas no monitor; a presença de materiais como equipamentos, buretas, bombas de infusão contínua, medicações e dietas sendo administradas; a mensuração dos riscos de cada paciente, como queda, flebite, úlcera por pressão, queixas.

Siqueira 2005, em seu estudo em que destacou pontos positivos e negativos da nova passagem de plantão implementada em uma Unidade de Internação de um Hospital privado em São Paulo, verificou aspectos positivos, como a melhor organização do trabalho, a diminuição de falhas pela revisão dos registros, o compromisso de todos na assistência e o cumprimento rigoroso de horários; e negativos, como a resistência dos enfermeiros na adesão imediata da nova estratégia de transmissão de informações.

Em várias fases do projeto foi necessário reunir as equipes para relembrar os objetivos do projeto e de suas respectivas etapas. Observou-se, algumas vezes, que os funcionários estavam passando seus plantões nos corredores ou no posto de enfermagem e não a beira leito. As equipes foram então reorientadas.

Foi necessária ainda a presença das enfermeiras responsáveis pelo projeto na passagem de plantão nos leitos, para averiguar se a passagem de plantão estava sendo realizada efetivamente.

5.4. Passagem de plantão no posto de enfermagem

Enquanto os auxiliares e técnicos de enfermagem passavam o plantão a beira leito, as enfermeiras passavam seu plantão no posto de enfermagem.

Tal atividade tornou-se mais prazerosa e eficaz, pois minimizaram-se os ruídos e as conversas paralelas. As enfermeiras não mais precisaram chamar a atenção dos funcionários e solicitar que ficassem em silêncio durante a passagem de plantão e nem tampouco pedir que atendessem às campanhas.

Resalta-se que o número de toques de campanhas diminuiu acentuadamente, uma vez que o funcionário já havia entrado no quarto e atendido às solicitações dos pacientes e acompanhantes, no momento da passagem de plantão no leito.

6. CONCLUSÃO

A maior dificuldade do projeto foi relacionado à quebra de paradigmas. Foram observados aspectos negativos como a resistência dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem na adesão imediata da nova estratégia de passagem de plantão, pois alguns inicialmente consideravam inviável o deslocamento até o leito do paciente e a conferência dos prontuários antes da passagem de plantão. Tudo isso reverteu-se positivamente após o início do projeto, em que notou-se a viabilidade das idéias propostas.

RESUMO

A passagem de plantão na enfermagem favorece a continuidade da assistência. O estudo busca implementar uma passagem de plantão eficaz, afim de diminuir a pausa na assistência direta ao paciente. Foi realizado estudo experimental, com conferência dos prontuários ao término de cada plantão, passagem de plantão à beira leito entre auxiliares de enfermagem e no posto de enfermagem entre enfermeiros. A conferência de prontuários minimizou erros de registros. A passagem no leito possibilitou diminuição da pausa na assistência ao paciente. No posto de enfermagem, promoveu a troca de informações. Houve resistência inicial da equipe de enfermagem, o que reverteu-se positivamente ao se notar sua viabilidade.

T00175 - POLÍTICA DE GESTÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES E DE SUPORTE À VIDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO E GERAL – GESTÃO DOS RISCOS E EVENTOS ADVERSOS EM SAÚDE

Autor: ERIKA DE OLIVEIRA SANTOS; Co-autores: ESTEVÃO MARIA CAMPOLINA DE OLIVEIRA; JEFERSON DAVIS PENA CARIA; JAIRO CARNEIRO BRITO

Palavras-chave: Segurança de equipamentos, gerenciamento dos riscos, grau de risco

INTRODUÇÃO

A necessidade de se discutir a gestão dos equipamentos de um hospital universitário, público e geral surgiu no Grupo de Gestão dos Riscos e Eventos Adversos - GGREA, quando da construção de uma metodologia de trabalho para execução do instrumento de inspeção e auditoria dos riscos na instituição em atendimento à legislação vigente no ano de 2007. Foi constituído à época um subgrupo com formação multiprofissional para elaboração da proposta de trabalho implementada em nossa instituição.

Historicamente no Hospital não existem registros efetivos de uma política com diretrizes claras para a manutenção de seu parque tecnológico. Isto é compreensível se considerarmos que no Brasil o real conceito de manutenção preventiva na área de saúde foi iniciado e aplicado com início das importações de equipamentos de maior complexidade tecnológica. As empresas produtoras e fornecedores desses equipamentos, em seus contratos de manutenção, praticamente obrigavam os hospitais a comprarem serviços tanto de manutenção corretiva, como de preventiva[1]. Este constrangimento contratual aconteceu e repete-se até os dias atuais devido à escassez de profissionais técnicos habilitados no mercado para a manutenção destes equipamentos.

A instituição possui, em sua estrutura, diretrizes e fluxos estabelecidos para o processo de aquisição de materiais permanentes estabelecidos por uma equipe multiprofissional da instituição. Entretanto a gestão destes equipamentos, após a entrada nos processos de trabalho do hospital, não passava, em sua totalidade, por avaliação que garantisse a rastreabilidade de seu estado de funcionamento e condições de uso. Esta situação favorece a possibilidade de ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de tecnologias nas instituições de saúde[2].

A Estrutura de suporte e manutenção é atualmente gerida e executada pela unidade funcional Engenharia Hospitalar que tem em sua estrutura organizacional setores que avaliam as condições dos equipamentos e a viabilidade da manutenção a ser executada com recursos humanos próprios da instituição ou através de contrato com terceiros.

No início dos trabalhos deste grupo, a necessidade de implementação da gestão com vistas à segurança e qualidade dos equipamentos utilizados no suporte à vida e de suas respectivas manutenções corretivas e preventivas, impôs a necessidade de um diagnóstico situacional dos equipamentos que compõem o parque tecnológico dessa instituição através de busca ativa para localização dos mesmos. À medida que o trabalho do grupo evoluiu no atendimento, a proposta de trabalho elaborou-se um banco de dados com informações detalhadas de cada equipamento acolhendo aspectos que fossem relevantes para rastreabilidade desses no parque tecnológico da instituição. Durante a evolução dos trabalhos, percebeu-se também que este projeto não estaria circunscrito somente aos equipamentos de suporte à vida, mas também aos demais equipamentos institucionais. A literatura especializada indica uma classificação de risco numérica com classes de I a III, mas que não contempla a heterogeneidade e diversidade do parque tecnológico desta instituição.

A fim de contemplar tal diversidade de tecnologias existentes nesta instituição, foi criada uma classificação particular estabelecendo critérios em conformidade com o cenário da instituição. Este universo foi estratificado inicialmente a partir de uma classificação interna, denominada Classe A, A1, B,C,D e E, tendo como critério a avaliação do equipamento referente ao grau de risco no atendimento de suporte a vida. Um fator preponderante foi a utilização da experiência de cada profissional no grupo (médico, enfermeiro, biólogo, farmacêutico e engenheiro) que contribuiu para que esta classificação fosse funcional e exequível.

JUSTIFICATIVA

A relevância na implantação deste projeto justifica-se pela necessidade e responsabilidade que as instituições de saúde têm em assegurar ao usuário uma assistência hospitalar livre de danos previsíveis e seguras no que se refere aos riscos provenientes do uso de equipamentos eletromédicos.

Este Projeto tem como proposta a implantação de uma Política de Gestão dos Riscos e Eventos Adversos voltados à Gestão do Parque tecnológico dessa instituição, tendo como foco principal os Equipamentos de Suporte à vida.

Visa, ainda, a manutenção preventiva e corretiva sistemática desses equipamentos, seja através do seu quadro funcional ou por contratos terceirizados de prestação de serviços por grupo de equipamentos economicamente viáveis.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Estabelecer uma política de gestão dos equipamentos do Parque tecnológico em um hospital universitário público e geral.

Objetivos específicos:

- Estabelecer os pilares para uma Política de Gestão dos equipamentos voltada ao Risco e eventos adversos;
- Diagnosticar o cenário quantitativo dos equipamentos que compõem o parque tecnológico institucional;
- Estabelecer critérios para classificação dos equipamentos de suporte à vida, assim como apontar aqueles que receberão tratamento institucionalizado de monitoramento e manutenção através de contratos específicos terceirizados;
- Absorver as diretrizes e os fluxos existentes e legitimados na comunidade hospitalar concernentes à Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar;
- Atender aos itens de orientação prescritos no Manual Brasileiro de Acreditação (ONA), pertinentes à Gestão dos Equipamentos e Tecnologia Médico-Hospitalar [3];
- Promover a Capacitação dos profissionais na instituição no que se refere ao Gerenciamento do Risco;
- Tecnovigilância, através do projeto Hospital Sentinela e da Unidade Funcional de Engenharia Hospitalar (UFEH) junto aos usuários técnicos desta instituição, enfatizando medidas pro ativas e corretivas relacionadas aos equipamentos e seu manuseio esclarecendo ainda aspectos referentes à responsabilidade civil decorrentes do uso dos mesmos. A Unidade Funcional de Engenharia Hospitalar na supervisão e suporte em discussões técnicas e avaliação da funcionalidade dos equipamentos adquiridos e a Gestão pela qualidade em saúde (GESQUALIS) no acompanhamento as demandas que sejam geradas;
- Padronizar os contratos de manutenção por grupo e marca de equipamentos em conformidade com a política de gestão proposta para este parque tecnológico;
- Estabelecer contratos de manutenção preventiva para todos os equipamentos que estejam diretamente relacionados ao risco, cuja classificação seja pertencente aos grupos A1 e A2, B2 e aqueles equipamentos onde a UFEH e os usuários técnicos avaliem a necessidade de manutenção especializada;
- Estabelecer critérios e definições para a troca dos equipamentos que forem diagnosticados tecnicamente pela engenharia ou por empresa especializada, como inviáveis em sua manutenção ou que apresentem riscos a assistência ao paciente, ao profissional e a instituição;
- Subsidiar o processo decisório de aquisição de novos equipamentos na instituição.

METODOLOGIA

Para a execução do presente projeto foram delineados módulos de ações pertinentes a cada fase identificada como necessária. Inicialmente procede-se à busca dos equipamentos existentes na instituição para posterior classificação e cadastro no banco de dados específico, sendo este um processo dinâmico e contínuo.

CLASSIFICAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DO PARQUE TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL		
Critérios de estratificação das classes de risco:		
Grupo A1	Equipamentos que atendam a situações de risco iminente a vida	1-Aparelho de anestesia; 2-DEFIBRILADOR /CARDIVERSOR (Monitor multiparamétrico); 3-Respirador
Grupo A2	Equipamentos únicos institucionais	1- Tomógrafo 2-Ressonância
Grupo B	Equipamentos de Suporte mediato a vida	1- Máquinas da Hemodialise
Grupo C	Equipamentos para diagnóstico e terapêutica que não envolvam o suporte a vida	1- Aspirador Hospitalar; 2- Oxímetro de Pulso 3- Monitores
Grupo D	Equipamentos de suporte ao paciente que não se encaixam nos grupos A1, A2, B e C	1- Sterrad
Grupo E	Equipamentos que atendam a assistência e comunidade em geral.	1- Televisores 2-Forno 3-Video Casete 4- DVDs 5-Data show

equipamentos locais. Sua atualização, no entanto, se faz através da busca semanal por equipamentos que tenham sido adquiridos pela instituição e que, ao serem registrados no sistema de patrimônio institucional, serão cadastrados neste banco de dados.

A revisão do processo de preenchimento das solicitações de serviço pelos usuários referentes aos equipamentos vem colaborando para consolidação de informações fidedignas, inclusive com melhor rastreabilidade no que se refere ao uso do equipamento e número de manutenções específicas realizadas no mesmo, garantindo a instituição o real conhecimento da situação de cada equipamento, número de manutenções realizadas, número de peças trocadas e viabilizando a relação custo/benefício para cada equipamento.

SETORES E SEUS OBJETOS QUE FAZEM INTERFACE AO TEMA

1- Unidade funcional Engenharia Hospitalar (UFEH)

Manutenção corretiva e preventiva, especificação técnica, acompanhamento de processos de manutenção terceirizada e outros.

2- Central de equipamentos

Gerenciamento dos equipamentos de uso comum na comunidade assistencial.

3- Gesqualis

Gestão da Qualidade em Saúde, Gestão do Risco e Eventos Adversos.

4- Hospital sentinela

Gerenciamento do risco em tecnologia.

5- UF Gestão de Materiais

Compra de Equipamentos e Contratos de manutenção preventiva e corretiva

Projeto de compra e especificação de equipamentos.

6- VDTE

Gerência de Recursos Humanos de Enfermagem que operam os equipamentos.

PROGRAMA DE MANUTENÇÃO

Este projeto prevê a manutenção preventiva do parque tecnológico institucional respeitando as particularidades de todos os serviços hoje existentes nesta instituição de saúde. Manutenções preventivas e corretivas estão sendo realizadas em muitos equipamentos do parque tecnológico desta instituição. Uma parte destes serviços é realizada através de contratos de prestação de serviços especializados e outra parte é realizada por funcionários da UFEH. Entretanto esta não era uma realidade homogênea a todos os equipamentos de uma mesma marca e modelo. E foi para revisão desta proposta que optamos em rever os contratos institucionais que abarcavam apenas alguns equipamentos.

O primeiro modelo que atendeu a este formato foram os carrinhos de anestesia, seguidos dos electrocautérios. Existem casos particulares de manutenção dependendo do setor onde o equipamento se encontra, sendo esta uma das atribuições da engenharia em conjunto com o gestor do contrato ou usuário técnico responsável pela operação do equipamento.

A UFEH assume, atualmente, a manutenção corretiva e preventiva de um pool reduzido de equipamentos, tendo em vista a carência estrutural e a evolução dinâmica das tecnologias empregadas nos novos equipamentos, sendo necessário futuramente que esta se adeque tecnologicamente, conforme se apresentem as demandas de serviço.

No processo de operacionalização desta proposta entendemos como:

1. Manutenção corretiva

Uma segunda classificação menos estratificada, foi realizada tendo como base o mesmo universo. Entretanto, as diretrizes adotadas foram norteadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

A Classificação descrita pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) quanto ao risco (para usuário – paciente e operador) e pelo Ministério da Saúde são [4,5]:

1. Classe 1 – baixo risco
2. Classe 2 – médio risco
3. Classe 3 – alto risco

Na instituição objetivando uma estratificação que atendesse a diversidade de equipamentos existentes no Parque Tecnológico optou-se pela elaboração de uma classificação institucional como se segue abaixo.

PARQUE TECNOLÓGICO INSTITUCIONAL

Os equipamentos desta instituição, em sua extensa maioria, já estão elencados no banco de dados dos equipamentos específicos elaborado em planilha (MS-Excel®) com filtro que permita ao usuário a identificação geral ou setorial dos

A manutenção corretiva tem o objetivo de localizar e reparar defeitos em equipamentos que apresentaram falhas ou queda de seu desempenho.

1.1 Manutenção corretiva institucional

Manutenção corretiva realizada em equipamentos e sistemas, por técnicos da instituição.

1.2 Manutenção corretiva Terceirizada

Manutenção corretiva realizada em equipamento e sistemas, através da compra de prestação de serviços de manutenção, legitimado por um contrato de prestação de serviços.

2- Manutenção Preventiva

A manutenção preventiva consiste no conjunto de procedimentos e ações antecipadas que visam manter o equipamento em funcionamento.

2.1 Manutenção preventiva institucional

Manutenção preventiva realizada em equipamentos ou sistemas por técnicos da instituição.

2.2 Manutenção preventiva Terceirizada

Manutenção preventiva realizada em equipamentos ou sistemas, através da compra de prestação de serviços de manutenção, legitimado por um contrato de prestação de serviços.

RESULTADOS

O cadastramento progressivo dos equipamentos no banco do parque tecnológico da instituição vem sendo realizado juntamente com busca ativa planejada nos setores, para fidedignidade das informações, além de permitir um olhar ampliado quando se discutem situações de risco relacionadas aos equipamentos.

O mapeamento e revisão institucional do fluxo de aquisição de materiais permanentes permitiu ao usuário técnico amparo desde o processo de padronização até o momento da aquisição do material com descrição inclusive das responsabilidades dos envolvidos tendo sido os mentores desta discussão setores estratégicos como, a engenharia hospitalar, a equipe enfermagem, o setor responsável pela gestão de materiais, o setor responsável pela realização de compras, setor de gestão pela qualidade em saúde, setores administrativos, o próprio usuário técnico e etc.

Outro progresso observado foi a elaboração de contratos de manutenção por grupo de equipamentos (respiradores, bisturis elétricos, aparelhos de anestesia), o que viabiliza financeira e funcionalmente a manutenção requerida por esses, além de otimizar o tempo despendido para elaboração de projetos básicos ou aberturas de várias solicitações de contrato por diversos profissionais na instituição o que, em última instância, acarretaria também em baixo tempo de resposta na análise desses contratos. Estas

A revisão do processo de preenchimento das solicitações de serviço pelos usuários referentes aos equipamentos vem contribuindo para a consolidação de informações fidedignas permitindo, inclusive, melhor rastreabilidade no que se refere ao uso do equipamento e número de manutenções requeridas pelos mesmos, favorecendo o controle de quais peças foram submetidas a troca ou manutenção.

Realização de verificação pelo setor de engenharia, de equipamentos que tecnicamente não dispõem de condições de uso, subsidiando inclusive a programação de compra e substituição institucional como se observa atualmente no processo relacionado à substituição de determinado modelo de desfibrilador.

Encontra-se em fase de execução o projeto piloto que, após totalmente implantado, viabilizará a manutenção preventiva institucional de equipamentos como desfibriladores, incubadoras, monitores multiparamétricos, dentre outros. Esta medida permite anteceder a ocorrência de eventos evitáveis que possam trazer prejuízos assistenciais ao paciente e/ou profissionais da saúde.

A identificação de situações adversas relacionadas à manipulação de equipamentos que estejam relacionados à sua utilização e conservação tem parceria junto ao Projeto de Hospitais Sentinela (ANVISA), com ações de educação permanente junto à equipe que faz uso deste equipamento.

CONCLUSÃO

A elaboração deste projeto propôs inicialmente uma política de gestão do Parque Tecnológico da instituição e tem atingido seu primeiro objetivo, mas, contudo, trouxe a reflexão de que outras medidas que visem fornecer segurança ocupacional e assistencial em ambientes de saúde não são uma tendência apenas fortemente divulgada em programas internacionais, mas uma realidade exequível e responsável da qual as instituições de saúde não podem se furtar. Esta experiência mostra que mesmo não havendo recursos oníricos dispensados para esta temática é possível, através de uma discussão interdisciplinar e multidisciplinar, estabelecer norteadores que, respeitando a realidade local, poderão ser aprimorados pela adoção das melhores práticas disponíveis.

RESUMO

A elaboração de uma proposta para política de gestão dos equipamentos médico-hospitalares e de suporte a vida em uma instituição universitária federal pública e de ensino e pesquisa baseou-se na necessidade observada por um grupo multidisciplinar institucional quando da construção de uma metodologia de trabalho para execução local do instrumento de inspeção e auditoria dos riscos em atendimento à legislação vigente com posterior estratificação de risco relacionada aos equipamentos e revisão dos processos de aquisição e monitoramento das condições de manutenção destes. Operacionalizar esta proposta permitirá gerenciar o parque tecnológico institucional de maneira segura e viável economicamente.

Referências Bibliográficas

[1] BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manutenção Preventiva em Equipamentos Médico - Hospitalares. Brasília 2005 p.220.

[2] Florence, G. (2004). Proposta de Modelo de Gerenciamento de Risco Aplicado ao Desempenho de Equipamentos Eletromédicos em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. 2004. 145f. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Engenharia Biomédica, FEEC/UNICAMP, São Paulo. 145 p., jul. 2004.

[3] Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2006. 203p.

[4] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº. 2043 de 12 de dezembro de 1994. Institui o Sistema de Garantia da Qualidade de produtos correlatos submetidos ao regime da Lei n. 6.360, de 27 de setembro de 1976 e o Decreto n. 79.094, de 05 de janeiro de 1977. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 13 Dez. 1994.

[5] BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº. 6.360 de 23 de Dezembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 24 Set. 1976.

T00177 - O USO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GEGRÁFICAS COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O CASO DA UNIMED-BH

Autor: RENATA GUIMARÃES VIEIRA DE SOUZA PIMENTEL; Co-autores: JOÃO FELIPE CAMPOS VILLAR; FÁBIO LEITE GASTAL; MÔNICA SILVA MONTEIRO DE CASTRO

Palavras-chave: análise espacial, geoprocessamento, rede de serviços de saúde

Resumo

O grande desafio do Setor Saúde é a tomada de decisões sobre onde concentrar esforços. Por isso, ao analisar a rede de serviços de saúde é necessário analisar a partir de duas dimensões: geográfica e social. Através do uso das informações geográficas é possível delimitar áreas geográficas e definir estratégias diferenciadas (HAKKERT, 2006). O estudo mostra como o Sistema de Informação Geográfica pode ser utilizado como uma importante ferramenta de gestão, uma vez que a análise dos mapas contribui para a tomada de decisões relativas a expansão ou reorganização da rede de serviços.

Introdução

Atualmente, o grande desafio do Setor Saúde é a tomada de decisões sobre onde concentrar esforços. Ao analisar a rede de serviços de saúde é necessário analisar a partir de duas dimensões: geográfica e social. A dimensão geográfica diz respeito às variações entre áreas e a dimensão social às variações entre grupos sociais intra-áreas (TRAVASSOS et al, 2000). Com isso, é possível avaliar o cumprimento dos requisitos básicos que um sistema de saúde deve ter para promover a melhoria na situação de saúde da população e fornecer subsídios que permitam:

- a) a tomada de decisões estratégicas em relação a possíveis intervenções no funcionamento da rede;
- b) o estabelecimento de prioridades para a destinação de recursos;
- c) a reorientação da rede de serviços com o modelo de atenção em processo de implantação na cooperativa;
- d) a compatibilização da rede de serviços/modelo com as estimativas e projeções de crescimento da Unimed-BH.

Justificativa

Este estudo utiliza um poderoso instrumento para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, o Sistema de Informações Geográficas (SIG). A utilização desta ferramenta permite identificar a concentração de serviços em alguma área, deficiências em outras, fornecendo subsídios para a tomada de decisões estratégicas em relação a possíveis intervenções no funcionamento da rede. Além disso, com o SIG é possível adequar as decisões alocando os recursos de forma mais eficiente e socialmente eficaz (SOUZA et al, 1996).

Métodos

Para a análise de redes de serviços de saúde é preciso então:

- a) realizar diagnóstico de recursos e produção de serviços;
- b) identificar os principais fatores que afetam a produção de serviços;
- c) determinar as necessidades de atenção: estudo de oferta de serviços e demanda por serviços;
- d) identificar e propor alternativas de solução para atender as necessidades de ações e serviços.

A análise da oferta consiste em descrever a rede de serviços, quantificando a produção e a disponibilidade de recursos físicos, em termos de infra-estrutura e equipamentos. De acordo com REZENDE et al (2003) para descrever a rede é preciso:

- a) avaliar os recursos físicos das unidades de saúde, considerando a situação de infraestrutura, equipamentos, a sua distribuição geográfica e organização, bem como o seu funcionamento;
- b) analisar a produção da rede de serviços e das unidades de saúde;
- c) elaborar o diagnóstico integral da rede.

O estudo da demanda consiste na transformação das necessidades em saúde, derivadas do estudo demográfico e epidemiológico. O estudo demográfico tem por objetivo identificar e caracterizar a população. Com o estudo epidemiológico, pretende-se estabelecer o perfil de morbidade e mortalidade geral e por grupos específicos da população.

O foco do presente trabalho é mostrar a importância do Sistema de Informações Geográficas (SIG) como suporte para a gestão de redes em saúde, utilizando alguns métodos e técnicas de Geoprocessamento.

A primeira etapa desenvolvida foi a elaboração da base de dados. Nesta etapa, deve-se definir os componentes fundamentais dos dados que posteriormente serão georreferenciados. Tais componentes devem atender as especificações definidas por CAMARA (1996): priorizar a coleta de características que descrevam o fenômeno que está sendo analisado, das informações de cunho espacial (endereço, coordenadas, etc.) que fornecem o suporte para a localização no "espaço" e finalmente dos dados temporais que validam a faixa de tempo analisada para o estudo.

No caso deste estudo, a base de dados elaborada continha informações referentes à rede hospitalar da Unimed-BH: nome do hospital, classificação do hospital (hospital dia, ambulatório, PA, hospital), endereço (tipo de logradouro, logradouro, número e complemento), município, Unidade da Federação (UF), CEP, telefone e número de leitos disponíveis.

Para a estruturação da base de dados foi utilizado o software de SIG MapInfo® Professional Versão 9.0 da empresa norte americana Pitney Bowes©. Essa estruturação foi baseada no modelo geo-relacional (arquitetura dual), que divide as informações gráficas das informações textuais, fazendo com que toda a base de dados fique organizada seguindo esta lógica.

Na última etapa, de análise dos dados, é executada a operação de geocodificação dos dados. A geocodificação, de acordo com Mapinfo (2001), é o procedimento de georeferenciamento de uma base de dados sem coordenadas geográficas. Isto se dá através da equiparação da informação geográfica contida nesta, com a informação geográfica de outra base de dados (chamada tabela de busca) que já tenha coordenadas geográficas associadas a ela. Por exemplo, se for necessário atribuir coordenadas geográficas a um registro de clientes cujo endereço é R. Itacolomi 150, o software lê o endereço e procura um registro semelhante na tabela de busca. Quando este equipara R. do Itacolomi 150 em sua tabela de registro de clientes com a R. Itacolomi 150 da tabela de busca, ele atribui as coordenadas geográficas do registro da tabela de busca para o registro da tabela de clientes. Sendo assim, os endereços dos hospitais puderam ser equiparados com os endereços de uma base de arnuamentos dos municípios da área de abrangência da Unimed-BH (FIG.1), podendo assim inferir as coordenadas geográficas pertinentes a cada hospital.

Finalmente, foi efetuado o processo de Mapeamento Temático sobre Superfície de Grade (MTSG) conforme Mapinfo (2001). Esse processo é uma interpolação de dados pontuais baseada em um determinado método. O método de interpolação utilizado foi o Peso Inverso da Distância (Inverse Distance Weighting- IDW), que pondera o valor de acordo com o número de ocorrências em determinada área. Esta interpolação resulta na exibição dos dados como graduações contínuas de cores ao longo de uma área determinada. No presente estudo a análise foi efetuada tendo os hospitais da rede credenciada como os pontos a serem interpolados, e a variável "Número de Leitos Disponíveis" foi utilizada como o valor de peso para a elaboração do mapeamento temático, sendo agrupada em quatro classes de peso (Quadro 1).

Categoria	Número de Leitos Disponíveis
Alto	Mais que 93 leitos
Médio Alto	De 39 ate 93 leitos
Médio	De 15 ate 39 leitos
Baixo	De 1 até 15 leitos

QUADRO 1 – Classificação de hospitais de acordo com o número de leitos disponíveis

Resultados

A cooperativa de trabalho médico Unimed-BH tem hoje 743 mil clientes, atuando em 17 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (FIG.1). Na atual conjuntura, o uso de inteligência geográfica se torna essencial na avaliação das redes de serviços e da distribuição de clientes. A análise dos mapas contribui para a tomada de decisões relativas a expansão ou reorganização da rede de serviços e a articulação de metodologias de planejamento urbano e epidemiológicas permitem contribuir e subsidiar o aprofundamento e a precisão de opções estratégicas em grandes organizações. A UNIMED-BH desenvolve desde 2008 um projeto de Gestão de Rede e configuração de seu micro-sistema de saúde no qual estejam contempladas as variáveis relacionadas à qualidade do cuidado na assistência, segurança e conveniência para os clientes.



FIGURA 1 – Municípios da área de abrangência da Unimed-BH

Conforme descrito anteriormente, para uma análise das redes de serviço é preciso analisar a oferta de serviços e a demanda por serviço. No estudo será mostrado o cluster de prestadores hospitalares por número de leitos (oferta) e a densidade demográfica dos municípios da área de abrangência (demanda).

Ao analisar a densidade demográfica, verifica-se que o município de Belo Horizonte apresentou a maior densidade, 5.469 hab/km², seguido de Contagem e Ribeirão das Neves. Os municípios de Nova Lima, Raposos, Rio Acima, Caeté, Contins, Lagoa Santa, Jaboticatubas, Baldim, Santana do Riacho apresentaram baixa densidade demográfica, menor do que 365 hab/km² (FIG.2).

FIG.3 mostra o cluster por número de leitos hospitalares, de acordo as categorias descritas no QUADRO 1: alto (maior que 93 leitos), médio alto (de 39 a 93 leitos), médio (15 a 39 leitos) e baixo (1 a 15 leitos). Como era de se esperar a distribuição de leitos hospitalares nos municípios da área de abrangência é heterogênea, já que existem desde municípios com hospital até regiões com alto número de leitos. É possível perceber que há uma concentração de leitos em alguns bairros de Belo Horizonte e Nova Lima (FIG.3, Quadrante 3). Por outro lado, como é possível observar nos quadrantes 1 e 2, existe uma escassez de leitos na regional Norte de Belo Horizonte e nos municípios da porção norte da área de abrangência, Lagoa Santa e Vespasiano, com poucos leitos, e Baldim, Jaboticatubas e Santana do Riacho, com nenhum leito. Chama a atenção que apenas 8 municípios da área de abrangência possuem hospital credenciado.

Conclusões

A UNIMED-BH desenvolve desde 2008 um projeto de Gestão de Rede e configuração de seu micro-sistema de saúde no qual estejam contempladas as variáveis relacionadas à qualidade do cuidado na assistência, segurança e conveniência para os clientes. Para a elaboração e acompanhamento desse projeto está sendo utilizado o SIG, pois propicia análises espaciais que correlacionadas com informações de saúde, subsidiaram um melhor gerenciamento.

A análise espacial da oferta de serviços e demanda por serviços de saúde é importante pois identifica a concentração de serviços em determinadas áreas, deficiência em outras, quais são as regiões com maior quantidade de clientes, qual é o perfil demográfico e epidemiológico dos

clientes em cada região, entre outras aplicações. O presente trabalho mostrou na prática como o SIG pode utilizado e aplicado de forma eficiente como ferramenta de gestão de redes de serviços em uma operadora do porte da Unimed-BH, subsidiando a tomada de decisões estratégicas.

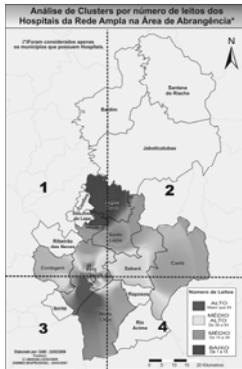


FIGURA 2 – Densidade demográfica dos municípios da área de abrangência da Unimed-BH

FIGURA 3 – Clusters por número de leitos hospitalares da rede Unimed-BH

Bibliografia

CAMARA, G. Caracterização de dados geográficos. In: Anatomia de Sistemas de Informação Geográfica. Rio de Janeiro: SBC, 1996. p. 37-46. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/anatomia.pdf>. Acesso em: 17/02/2009.

HAKKERT, R. Demografia de negócios: campo de estudo, tendências e possibilidades. In: GUIMARAES, J.R.S (org). Demografia dos negócios: campo de estudo, perspectivas e aplicações. Campinas: ABEP, 2006.

MAPINFO CORPORATION. Mapinfo Professional 6.5 – Guia do Usuário. Nova Iorque: 2001.

REZENDE, C.A.P.; PEIXOTO, M.P.B. Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil. In: Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 7. Brasília: 2003.

SOUZA, S.S, NADER, E.K, TAKEDA, S., FLORES, R. et al. O Sistema de Informações Georreferenciadas no Planejamento dos Serviços de Saúde. In: Mom. & Perspec. Saúde, v.9, n.2, jul/dez. Porto Alegre: 1996.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., FERNANDES, C., ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. In: Ciência e Saúde Coletiva, janeiro-março, ano/vol.5, n.1. Rio de Janeiro: 2000.

TOO178 - ETAPAS DE MODELAGEM PARA O AJUSTE DE RISCO POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

Autor: MARIZA MACHADO KLÜCK; Co-autor: JANDYRA MARIA GUIMARÃES FACHEL

Resumo

O crescente interesse pela avaliação da qualidade assistencial através de indicadores tem provocado a discussão sobre a necessidade de ajustar estes indicadores pelo risco inerente ao paciente. Este artigo descreve uma metodologia para desenvolvimento, validação e aplicação de escores de risco através de modelagem por regressão logística a partir de informações disponíveis em base de dados clínicos.

Palavras-chave: ajuste de risco, indicadores de qualidade assistencial

Introdução

Tema de interesse crescente, a utilização de medidas de desfechos de pacientes para avaliar a qualidade da assistência e a preocupação com o ajuste destas medidas é discutida há mais de um século. O ajuste de risco é um processo que visa minimizar a influência confundidora de potenciais fatores de risco inerentes ao paciente e/ou a sua patologia, permitindo assim a comparação da qualidade do tratamento hospitalar entre diferentes instituições. Tais ajustamentos teoricamente minimizam o potencial para falsos julgamentos sobre qualidade assistencial devido a desfechos indesejados cuja prevenção ou controle estão fora do controle do provedor [1].

O objetivo deste trabalho é o de descrever e discutir uma metodologia adaptada à realidade local, proposta para o desenvolvimento, validação e aplicação de escores de risco que permitam a comparação de desfechos entre diferentes hospitais.

Metodologia

A construção de um modelo de escore de risco acurado, calibrado e discriminatório requer alguns passos fundamentais e pode ser desenvolvido através de diferentes metodologias, que, via de regra, utilizam técnicas de regressão logística para análise estatística. A seqüência de etapas sumarizadas no quadro 1 é proposta para este processo.

1- PLANEJAMENTO

A etapa de planejamento de uma pesquisa é de fundamental importância para o sucesso da mesma. Nesta fase se deve responder às perguntas: Risco de qual desfecho? Em que período? Para qual população? Para que propósito?

É nesta etapa que o pesquisador deverá definir sua questão de pesquisa, definir sua população de estudo em termos de origem, composição e tamanho, planejar as medidas necessárias, equacionar as questões éticas e legais pertinentes e buscar os recursos necessários para sua realização.

1.1- Seleção e definição do desfecho de relevância

Os desfechos devem ser definidos bem claramente e, sempre que possível, devem ser adotados desfechos já padronizados para que se possam fazer comparações com outros hospitais ou regiões. O desfecho deve ser freqüente o suficiente para garantir estabilidade em modelos estatísticos. Ao selecionar o desfecho de interesse, o pesquisador deve levar em conta a relevância (magnitude, transcendência e vulnerabilidade) e a utilidade do mesmo (manejo clínico do paciente, avaliação de qualidade, auditorias comparativas etc.). Vários são os desfechos da assistência em ambiente hospitalar que atendem a estes critérios, tais como mortalidade, morbidade, tempo de permanência, reinternação não-programada, tempo de sobrevivência, qualidade de vida, satisfação do paciente, relação custo/efetividade e outros.

1.2- Identificação das variáveis potencialmente relacionadas ao desfecho

Uma vez selecionado e definido o desfecho, o pesquisador deve identificar as possíveis variáveis associadas a este. Cabe ao pesquisador estabelecer a priori um modelo conceitual sobre quais seriam os potenciais fatores de risco que deveriam ser incluídos em um índice para ajuste de um determinado evento. Para tanto, o pesquisador deve considerar as variáveis sugeridas por revisão da literatura e opinião de especialistas, atentando para sua plausibilidade biológica, sua relevância clínica bem como para a disponibilidade e confiabilidade dos dados necessários.

As variáveis geralmente selecionadas em estudos para ajuste de risco de desfechos hospitalares são aquelas disponíveis do momento da admissão do paciente até um período adequado de tempo (necessário para o primeiro exame clínico e obtenção de dados laboratoriais iniciais), para evitar que sejam incluídos como fatores de risco condições “iatrogênicas”, isto é, causadas ou agudizadas pelo processo de atenção.

1.3- Avaliação das fontes de dados disponíveis e da qualidade e consistência dos dados

O pré-requisito mais importante para o uso de dados de prontuário na avaliação comparativa da qualidade assistencial é a garantia de aquisição de informações abrangentes, confiáveis, acuradas e coletadas de forma metódica, que tenham plausibilidade clínica.

As pesquisas em bases de dados administrativas são mais simples, fáceis, rápidas e baratas, mas podem não oferecer a credibilidade clínica necessária para este tipo de modelagem, pois estas bases contêm informação clínica limitada que não contempla dados como co-morbidades ou cronologia dos fatos e que podem apresentar um viés de codificação diagnóstica decorrente da necessidade de otimização do faturamento.

Prontuários de pacientes e coleta de dados prospectiva oferecem informações mais confiáveis e acuradas, com boa validade clínica, mas estas fontes exigem mais recursos e mais tempo para serem utilizadas. Sistemas de prontuários eletrônicos são as fontes mais qualificadas de dados para o desenvolvimento de modelos adequados para fatores de risco, pois são fontes primárias, sem transcrição, legíveis, fornecem os dados em formato eletrônico, são de fácil e rápida aquisição e, se o sistema é de boa qualidade, garante a acurácia dos dados, além do baixo custo. No entanto, poucos hospitais ou instituições oferecem atualmente este recurso de forma adequada, pois o custo desta tecnologia ainda é muito alto e de difícil implementação.

O sistema ideal, portanto, é aquele que alia a acurácia, confiabilidade e credibilidade dos dados clínicos com o fácil acesso eletrônico, o que, no entanto, é oferecido por poucos hospitais no Brasil ou mesmo no resto do mundo.

1.4- Definição da população de pesquisa, planejamento de sua formação, determinação do tamanho da amostra

A definição da população de pesquisa e sua correta amostragem também deve se ater à adequação da população ao desfecho em análise, em termos de características de composição e tamanho. A prevalência do desfecho, bem como a possibilidade de se obter os dados necessários em tempo hábil devem também ser consideradas.

O aspecto crítico do tamanho da amostra é usualmente o número de pacientes que sofreram o desfecho e não o número de casos. Autores sugerem uma regra prática útil para avaliar a adequação da amostra à metodologia, que é a de 10 desfechos (aquele menos freqüente) por variável preditora do modelo final ou de 25 sujeitos por variável [2,3]. O número de preditores se refere ao número de coeficientes do modelo ou parâmetros.

1.5- Questões éticas

Ao planejar a pesquisa devem-se considerar as questões éticas e legais envolvidas. Os hospitais devem exigir do pesquisador a aprovação de seu projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa credenciado e qualificado, nem sempre do próprio hospital. Para ser aprovado, além da qualidade metodológica e da relevância do tema, o projeto deverá considerar a garantia do sigilo dos dados quanto à identificação dos pacientes ou dos profissionais envolvidos em seu atendimento (através de criptografia, por exemplo) e a necessidade de obtenção de um termo de consentimento informado do paciente, geralmente exigido em pesquisas prospectivas.

2- PREPARAÇÃO DO CONJUNTO ANALÍTICO DE DADOS

A preparação de um banco de dados adequado para a análise é uma etapa de fundamental relevância para o sucesso do projeto e deve ser vista com muita atenção.

2.1- Coleta dos dados

Quando os dados são obtidos de bases de dados eletrônicas (administrativas ou clínicas) é importante que o pesquisador interaja pessoalmente com o analista ou responsável pela extração dos mesmos ou consulte com atenção as informações e instruções existentes nos sites de busca, para certificar-se de que os dados recebidos correspondam exatamente às variáveis solicitadas. Muitas vezes estes conceitos não estão claramente definidos para um profissional externo à área assistencial.

A coleta de dados deve ser preferencialmente realizada por pessoas com conhecimento da área em estudo (médicos, profissionais de saúde, estudantes da área) e seu registro pode ser feito em formulários específicos diretamente no computador ou em papel. A entrada direta é mais rápida e evita transcrição, mas, por outro lado, o registro em papel permite uma documentação adequada e a possibilidade de correções de eventuais erros no momento da digitação. Seja qual for o método disponível, é necessário que o pesquisador tenha domínio e controle sobre o processo de coleta de dados, garantindo sua fidelidade.

2.2- Tratamento preliminar dos dados

Depois de coletados e colocados em formato eletrônico, os dados devem ser criteriosamente analisados e tratados, com o objetivo de prepará-los para a análise estatística. É necessário realizar uma avaliação preliminar desses dados quanto a conteúdo, completude, limites aceitáveis para os valores das variáveis e necessidade de tratamento matemático para dados brutos. Outros cuidados incluem a limpeza de registros que não satisfaçam os critérios de inclusão, o tratamento de dados faltantes, decisão sobre manter ou não variáveis quantitativas como tal e proteção do sigilo das informações confidenciais (identificação de pacientes ou médicos, por exemplo) através de procedimentos de criptografia. Outro aspecto importante é a verificação da existência de valores extremos, fora dos limites aceitáveis ou esperados (outliers).

Outra questão fundamental é a definição do tratamento para dados faltantes ou perdidos (missing data). Cabe ao pesquisador tomar a decisão de excluir o caso devido à falta do dado, mantê-lo como “missing” para a utilização destes casos nas análises descritivas, mesmo sabendo que os mesmos não serão incluídos no processo de modelagem, ou imputar algum valor aos mesmos. Embora a imputação possa melhorar a qualidade dos

dados finais, deve-se ter cuidado para escolher a metodologia mais adequada, pois alguns métodos não preservam a relação entre as variáveis e podem até distorcer essas relações [4].

3- CONSTRUÇÃO DO MODELO ESTATÍSTICO

Outro desafio para o pesquisador, depois da garantia da acurácia e da confiabilidade dos dados, é a modelagem das variáveis disponíveis potencialmente preditoras. O sucesso da modelagem de um conjunto de dados complexos exige conhecimento científico, metodologia estatística, experiência e bom senso, caracterizando-se como um misto de arte e ciência. O objetivo principal de um processo de modelagem estatística é o de encontrar o modelo mais adequado e parcimonioso, mas biologicamente razoável, para descrever a relação entre um desfecho (variável dependente ou resposta) e um conjunto de variáveis independentes (preditoras ou explanatórias).

O ajuste por risco é complexo e requer análises estatísticas também complexas. Dos vários métodos disponíveis, o mais comumente utilizado para desfechos dicotômicos como a mortalidade, é a Regressão Logística (RL). A RL fornece uma probabilidade de desfecho positivo estimada para cada paciente bem como o desfecho esperado para uma determinada população, que é a soma das probabilidades individuais [2].

A modelagem estatística é feita em três etapas: análise univariável (com apenas uma variável explicativa), análise multivariável (com várias variáveis explicativas) e avaliação do ajuste do modelo obtido.

3.1- Análise univariável

Cada variável candidata a entrar no modelo deve ser analisada cuidadosamente antes da modelagem, através de análises de frequência, tabelas de contingência e métodos descritivos, buscando-se analisar seu comportamento e sua relação com o desfecho isoladamente. Esta relação pode ser avaliada pelo teste do χ^2 ou análise de RL em variáveis nominais e ordinais e pelo teste-t ou análise de RL univariável em variáveis quantitativas. Particular atenção deve ser dada a qualquer tabela de contingência com células vazias. Incluir esta variável no modelo causará resultados numéricos indesejados e a melhor estratégia para resolver este problema é o agrupamento desta variável em um número menor de categorias, se este agrupamento tiver uma base clínica ou biológica.

As variáveis também devem ser modeladas por RL como preditor isolado, para avaliação de sua contribuição individual ao modelo e para posterior comparação com seu desempenho no modelo multivariável, para identificar potenciais confundidores.

De acordo com os critérios definidos por Hosmer e Lemeshow [5], qualquer variável em cuja análise univariável tenha-se obtido um valor $p < 0,25$ é candidata para o modelo multivariável além de outras com significância clínica conhecida. O uso de limiar tão alto (0,25) pode provocar a inclusão de variáveis sem importância, mas estas serão descartadas nos passos posteriores. O valor de $-2\log$ Verossimilhança, também chamado de função-desvio ou deviance, é uma medida de quão bem o modelo se ajusta aos dados e quanto menor seu valor, melhor o ajuste. O valor da função-desvio testa a hipótese nula de que os coeficientes dos termos removidos/incluídos do modelo são iguais a zero.

3.2- Análise multivariável – Regressão Logística

Modelagem: A abordagem tradicional na modelagem estatística envolve a busca do modelo mais parcimonioso que explique os dados. Minimizando o número de variáveis, o modelo resultante terá mais probabilidade de ser estável numericamente e mais generalizável. Epidemiologistas sugerem incluir todas as variáveis clínica e intuitivamente relevantes no modelo, desconsiderando suas significâncias estatísticas, pois desta forma teremos um completo controle dos confundimentos.

Várias abordagens são possíveis através do uso de opções dos programas estatísticos [5]. A primeira delas é introduzir ou retirar as variáveis de forma "manual", começando com a mais relevante e incluindo as seguintes ou, se a amostra é suficientemente grande (pelo menos 10 casos com o desfecho menos frequente por variável), pode-se começar a modelagem com todas as variáveis selecionadas na etapa univariável, retirando-se a cada etapa aquelas não significativas. A cada momento todas as variáveis são reavaliadas, podendo entrar novamente no modelo.

A segunda abordagem é o método stepwise, no qual as variáveis são selecionadas automaticamente, sem o controle do pesquisador, tanto para inclusão quanto para exclusão de uma maneira seqüencial baseada apenas em critérios estatísticos. Esta abordagem é útil e interessante para o pesquisador porque constrói modelos seqüencialmente e permite o exame de uma coleção de modelos que talvez não fossem montados pelo pesquisador.

Sugere-se que o pesquisador faça o processo de inclusão e exclusão de variáveis através de um método seqüencial manual, pois este processo, embora mais laborioso, é útil e intuitivamente interessante, pois permite ao pesquisador examinar uma coleção de modelos diferentes, entendendo as razões para a permanência ou a saída de cada variável.

Cada nova variável incluída deve ter sua adequação e relevância ao modelo verificadas através de sua significância estatística ($p < 0,05$) e pela comparação do valor de $-2\log$ do novo modelo e do modelo anterior. Variáveis não significativas ou que não contribuem para o refinamento do modelo devem ser eliminadas. Este processo de excluir, recolocar, incluir e verificar continua até que todas as variáveis relevantes tenham sido incluídas no modelo e aquelas excluídas sejam clínica e/ou estatisticamente irrelevantes. Neste ponto, variáveis conceitualmente relevantes, não incluídas inicialmente ou excluídas durante o processo por critérios estatísticos, podem ser incluídas e verificadas, pois poderão ter um comportamento diferente no novo conjunto. O critério geralmente usado para permanência de uma variável no modelo final é $p < 0,05$ ou sua grande relevância clínica ou biológica.

Para avaliar o modelo de regressão logística, devemos avaliar a significância estatística de cada variável (valor de p da estatística de Wald), razão de chances (OR) e seus intervalos de confiança (95%), valores dos coeficientes β , a plausibilidade do conjunto de variáveis e interpretação dos coeficientes e respectivas razões de chances (OR) de acordo com o corpo teórico e a adequação do tamanho da amostra em relação ao número de parâmetros do modelo. Para haver as plausibilidades biológicas, clínicas e/ou epidemiológica do modelo, o conjunto de variáveis deve ser capaz de explicar a ocorrência do desfecho de acordo com modelo conceitual aceito. Havendo discrepâncias, o processo de modelagem deve ser revisto. Os valores dos coeficientes e de razões de chance também devem estar de acordo com o conhecimento atual. Para haver significância estatística, os

valores p de todas as variáveis do modelo final devem ser $<0,05$ e os intervalos de 95% de confiança das razões de chance não devem incluir o valor 1, com exceção das variáveis biologicamente importantes que são fundamentais para o ajuste de outras variáveis do modelo.

4- AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO

Após estes passos teremos um modelo multivariável preliminar, que deverá ser verificado em sua adequação ou ajuste, conforme veremos nesta etapa. Medidas de adequação são rotineiramente fornecidas pelos programas estatísticos e devem ser analisadas com cuidado. Com o advento de ferramentas poderosas disponíveis em programas estatísticos de uso aparentemente fácil (SPSS, STATA, outros), pesquisadores passaram a tratar os computadores como “caixas-pretas” que ingerem dados e devolvem respostas corretas que não necessitam de avaliações ou julgamentos, o que não corresponde à realidade, pois estatísticas, por sua natureza, não fornecem todas as informações necessárias sobre a qualidade do modelo e além disto necessitam ser utilizadas com algum conhecimento técnico. Segundo Harrel [6], a acurácia preditiva de um modelo tem dois componentes, as medidas de calibração e de discriminação destes modelos:

a) Confiabilidade ou calibração: refere-se à quantidade de concordância entre desfechos preditos e observados e pode ser definida como a habilidade do modelo de atribuir riscos apropriados aos pacientes. A calibração também pode ser demonstrada quantitativamente pelo teste de adequação (goodness of fit) proposto por Hosmer e Lemeshow [5]. Este teste fornece uma estatística χ^2 modificada (estatística de Hosmer e Lemeshow), onde um valor menor é desejado, buscando obter um valor p não significativo para as diferenças entre os desfechos esperados e observados em cada classe de risco.

b) Discriminação: O “poder de discriminação” é definido como a habilidade do modelo de distinguir entre os pacientes que apresentam o desfecho daqueles que não apresentam e é avaliado pelo Índice-C (de Concordância), proposto por Harrel e colegas [6] e seu valor é equivalente à área sob a curva ROC (Receiver Operating Characteristics). A área sob a curva ROC, que varia de 0 a 1, fornece uma medida da habilidade do modelo de discriminar entre aqueles sujeitos que apresentam e os que não apresentam o desfecho de interesse.

Um índice-C de 0,5 significa que a probabilidade de identificar corretamente um desfecho em um par escolhido aleatoriamente será de 50%, a mesma que ocorreria devido ao acaso. Uma discriminação perfeita geraria um índice-C de 100% de acurácia. Na prática, modelos típicos de ajuste apresentam índice-C entre 0,7 e 0,8 e é extremamente raro observar valores acima de 0,9. É importante observar que um modelo pode ser bem calibrado e ter uma discriminação inadequada ou vice-versa.

Raramente obtemos um modelo final adequado na primeira passagem pelos dados. No entanto, devemos ter em mente a distinção entre obter um modelo ajustado ou um modelo teoricamente correto.

5- CRIAÇÃO DO ESCORE DE RISCO

A partir dos valores obtidos para os diferentes parâmetros da regressão logística (razão de chances ou coeficientes β), é possível atribuir pesos para ponderar a gravidade para cada estrato (variável e suas categorias), em número proporcional à “quantidade” de risco que cada paciente apresenta, permitindo a criação de um “escore de risco”. Diferentes abordagens já foram utilizadas por vários autores, todas com os mesmos princípios básicos: atribui-se a cada fator de risco ou a diferentes categorias de um fator, um número de pontos proporcional à importância relativa desta variável no modelo, a partir dos valores dos coeficientes β ou das razões de chance (OR).

De acordo com o método proposto por Le Gall e colegas [7], podem ser atribuídos pontos a cada fator de risco de acordo com os valores dos coeficientes β , multiplicando estes coeficientes por 10 e arredondando para o inteiro mais próximo. Estes pontos, de acordo com os fatores de risco apresentados por cada paciente, devem gerar um escore de risco.

6-VALIDAÇÃO DO MODELO

Validação pode ser definida como sendo a demonstração de que a acurácia preditiva do modelo é similar quando este é aplicado a uma amostra de pacientes diferente daquela usada na construção do modelo. Sugere-se para isto a criação de dois conjuntos de dados, um para o desenvolvimento do modelo e outro para sua validação ou então coletar novos dados depois do modelo pronto. As medidas de calibração e discriminação são avaliadas neste segundo conjunto e se o modelo estiver bem ajustado, o mesmo é dito validado. Este processo de validação é muito importante quando se quer utilizar o modelo para prever desfechos para futuros pacientes.

7-APLICAÇÃO DO ESCORE DE RISCO PARA COMPARAÇÃO DE DESEMPENHO

Para se comparar diferentes desempenhos (entre hospitais, equipes, estados, países, períodos de tempo etc.) é necessário calcular os valores esperados (E) de desfecho para todas as amostras, utilizando a variável “Escore de Risco” em outro modelo de RL executado para se obter a probabilidade predita para cada paciente e compará-los com os valores observados. Para obter estes valores, somam-se as probabilidades calculadas (E) e os desfechos observados (O) de cada grupo a ser comparado. Estes valores podem ser comparados de diferentes maneiras, O-E ou O/E. Diferentes conclusões podem ser tiradas se compararmos de uma maneira ou de outra. A razão O/E é a mais frequentemente encontrada na literatura.

Considerações finais

Nenhum método de ajuste de riscos é perfeito. Ajustar para todas as características do paciente não é nem necessário nem possível. No entanto, devem ser feitos esforços no sentido de identificar aqueles que sejam suficientemente válidos para os propósitos explícitos. Apesar de suas limitações, os modelos de ajuste de risco se constituem em ferramentas indispensáveis na gestão da qualidade assistencial.

A regressão logística é uma ferramenta poderosa para avaliar a importância relativa dos fatores determinantes de um desfecho. Desta forma, está sendo crescentemente utilizada na Medicina para desenvolvimento de algoritmos diagnósticos e avaliação de prognósticos. Mas esta ferramenta pode ser imperfeita e sujeita a erros e, portanto, seus resultados devem ser interpretados mais como um “sinal amarelo” do que um veredicto sobre a qualidade ou falta de qualidade de um hospital ou equipe.

A pesquisa em serviços de saúde está sendo chamada de forma crescente a prover orientação metodológica para apoiar a qualidade da assistência na adoção de boas práticas. No meio em que vivemos, de recursos limitados e controle social cada vez mais presente, estudos de efetividade e de desfechos hospitalares podem otimizar custos e qualidade assistencial. Para atingir estas metas, não é suficiente simplesmente

conhecer taxas de eventos adversos, mas sim entender porque tais eventos ocorrem. O propósito do ajuste de risco é o de isolar uma causa potencial. Medir riscos é o primeiro passo no uso de estudos e de pesquisa em serviços de saúde. O ajuste de risco é uma ferramenta que pode não ser perfeita, mas é necessária. Outros métodos e abordagens são necessários para se tomar o próximo passo na direção da melhora dos serviços de saúde, procurando o entendimento de como os desfechos podem ser mais bem controlados.

Referências

- [1] DesHarnais S.I., McLaughlin C.P. The outcome model of quality. In: McLaughlin C.P., Kaluzny AD, editors. Continuous quality improvement in health care - Theory, implementation and applications. Maryland, USA: Aspen Publishers, 1999: 59-92.
- [2] Bagley SC, White H, Golomb BA. Logistic regression in the medical literature: standards for use and reporting, with particular attention to one medical domain. J Clin Epidemiol 2001; 54(10):979-985.
- [3] Harrell FE, Jr., Lee KL, Califf RM, Pryor DB, Rosati RA. Regression modelling strategies for improved prognostic prediction. Stat Med 1984; 3(2):143-152.
- [4] Nunes LN, Kluck MM, Fachel JMG. Uso da imputação múltipla de dados faltantes: uma simulação utilizando dados epidemiológicos. Cad. Saúde Pública 2009, 25(2): 268-278.
- [5] Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 1st ed. New York, NY, USA: John Wiley & Sons, 1989.
- [6] Harrell FE, Jr., Califf RM, Pryor DB, Lee KL, Rosati RA. Evaluating the yield of medical tests. JAMA 1982; 247(18):2543-2546.
- [7] Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA 1993; 270(24):2957-2963.

Quadro 1: Etapas propostas para desenvolvimento de modelos de ajuste de indicadores por risco

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1- PLANEJAMENTO <ol style="list-style-type: none"> 1.1- Definir o desfecho de relevância 1.2- Selecionar variáveis potencialmente relacionadas ao desfecho 1.3- Avaliar as fontes de dados disponíveis 1.4- Determinar a amostra e planejar amostras para derivação e validação do escore 1.5- Equacionar questões éticas e legais 2- PREPARAÇÃO DO CONJUNTO DE DADOS ANALÍTICO <ol style="list-style-type: none"> 2.1- Coleta dos dados 2.2- Tratamento dos dados <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tratar variáveis brutas (excluir registros incompletos ou duplos, definir ou obter variáveis a partir de dados primários, criptografar dados sigilosos) <input type="checkbox"/> Se indicado, categorizar variáveis quantitativas, reagrupar variáveis categóricas <input type="checkbox"/> Tratar dados faltantes (imputação ou exclusão) 3- CONSTRUÇÃO DO MODELO (Amostra de derivação) <ol style="list-style-type: none"> 3.1- Análise univariável 3.2- Análise multivariável (Regressão Logística - RL) 3.3- Avaliação da consistência do modelo 4- AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DO MODELO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acurácia (tabela de classificação, Sensibilidade, Especificidade) <input type="checkbox"/> Calibração (estatística de Hosmer e Lemeshow) <input type="checkbox"/> Discriminação (Índice-C / Curva ROC) 5- CRIAÇÃO DO ESCORE DE RISCO (amostras de Derivação e de Validação) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atribuir pesos para cada variável do modelo a partir de coeficientes da RL <input type="checkbox"/> Criar o escore de risco <input type="checkbox"/> Calcular o escore de risco de cada paciente <input type="checkbox"/> Criar classes de risco de acordo com probabilidade de desenvolver o desfecho 6- VALIDAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nova regressão logística – utilizar escore de cada paciente como variável independente, calculando as probabilidades individuais <input type="checkbox"/> Comparar acurácia, calibração e discriminação obtidas nas duas amostras 7- APLICAÇÃO DO ESCORE DE RISCO PARA COMPARAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Calcular probabilidades de desfecho para cada paciente de todos os hospitais <input type="checkbox"/> Somar probabilidades definidas pela RL (E) e somar desfechos observados de cada hospital (O) <input type="checkbox"/> Calcular a razão (O/E) <input type="checkbox"/> Classificar hospitais de acordo com (O/E) |
|---|

TO0182 - CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: UTILIZAÇÃO DO NURSING ACTIVITIES SCORE.

Autor: MARCIA COSSERMELLI CANA BRASIL DIAS; Co-autor: RAQUEL RAPONE GAIDZINSKI

Palavras-Chave: Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva; Recursos humanos (Enfermagem); Cirurgia torácica.

Resumo: Objetivando medir a carga de trabalho numa UTI cirúrgica cardiológica empregando o Nursing Activities Score (NAS), aplicou-se diariamente o instrumento a 100 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Os homens representaram 66% dos pacientes, com idade média de 57,72 (14,78) anos. A pontuação diária média foi de 74,62 (9,16) correspondendo a 18,24 horas de assistência de enfermagem. No pós-operatório imediato obteve-se em média 96,79 pontos (23,22h), no primeiro pós-operatório, 63,82 pontos (15,31h) e no segundo pós-operatório, 65,72 (15,77h). O NAS mostrou-se adequado, subsidiando o cálculo e distribuição dos recursos humanos de enfermagem, confirmando-se como facilitador das atividades gerenciais de enfermagem.

Introdução: As gerentes de unidade de enfermagem têm sido cada vez mais, pressionadas pelo administrador em busca de bons resultados; pelo paciente e familiar, em busca de sua satisfação e pelos organismos de acreditação, todos exigindo melhor qualidade dos serviços prestados.

Dificuldades para reposição dos quadros da equipe de enfermagem, ampliação do número de leitos nas unidades e introdução de novas tecnologias, levam as gerentes à mesa de negociação com os administradores hospitalares. Nesses momentos afloram limitações, frequentemente impostas pela falta de metodologia para embasar as propostas apresentadas por essas gerentes.

Segundo Gaidzinski, a falta de uma metodologia de dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem que utilize parâmetros definidos em termos operacionais, torna esse assunto polêmico e fragiliza as argumentações da enfermeira frente à administração da instituição, levando profissionais de outras áreas, a interferirem na determinação da quantidade e qualidade do pessoal de enfermagem.

Neste sentido, a mesma autora considera que propostas das enfermeiras referentes ao quadro de pessoal de enfermagem fundamentadas, apenas nas experiências advindas da vivência do dia-a-dia, não confere à chefe de enfermagem autoridade para reivindicar o quadro de pessoal de enfermagem frente à administração do hospital que via de regra, reconhece apenas a linguagem quantitativa tanto no que se refere ao número de pessoal quanto ao que se refere a custos.

Gaidzinski define o método de dimensionamento de pessoal de enfermagem como "a aplicação de um processo sistemático para determinar o número e a categoria profissional requerida para prover os cuidados de enfermagem, que garantam a qualidade, previamente estabelecida, a um grupo de pacientes".

Nesta definição fica evidente a inter-relação entre quadro de pessoal e qualidade da assistência, tema relevante em estudos de administração.

Dentre os instrumentos existentes para dimensionar o quadro de pessoal de enfermagem, destaca-se como instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem o "Nursing Activities Score" – NAS -, por considerar atividades realizadas pela equipe de enfermagem que não são explícitas em outros instrumentos, podendo traduzir, de maneira mais realista a carga de trabalho demandada pelo paciente. Some-se a isto o fato de ser um instrumento já traduzido e validado para o português. Este instrumento é uma nova versão do já consagrado TISS-28, utilizado mundialmente.

Sendo assim, optou-se por investigar neste trabalho, a adequação do NAS ao paciente cardiopata cirúrgico, a fim de verificar se este instrumento retrata a carga de trabalho existente numa UTI cirúrgica especializada em cardiologia.

Justificativa: A procura de um instrumento adequado para medir a carga de trabalho de enfermagem em UTI Cardiológica Cirúrgica, foi a origem deste estudo.

Metodologia: No período de 03 a 21 de outubro de 2005 estudaram-se os 100 pacientes que foram admitidos consecutivamente na UTI Cirúrgica de um hospital público especializado em cardiologia. Todos eles foram avaliados quanto ao escore de risco cirúrgico de Parsonnet, quanto ao índice de Gravidade SAPS II e submetidos à aplicação prospectiva do NAS diariamente, enquanto permaneceram na UTI.

Resultados: Constatou-se neste estudo que 66% dos pacientes eram do sexo masculino, com idade média de 57,72 (14,78) anos, sendo que a maioria dos homens, 66% deles, foram submetidos à Revascularização do Miocárdio(RM), 22% à Tratamento Cirúrgico das Válvulas Cardíacas (TV) e 10% a ambos os procedimentos. A taxa de óbito observada foi de 10% e todos os pacientes (4%) operados em caráter de emergência neste estudo tiveram esta evolução.

A estratificação do risco cirúrgico foi feita dividindo os pacientes em 5 grupos conforme a pontuação do Escore de Parsonnet (EP), observando-se que o EP médio foi de 13,51 (9,42) e que 62% dos pacientes tinham EP acima de 10 e risco de morte acima de 2%, que todos os óbitos constatados eram de pacientes deste grupo e que a média de permanência dos pacientes na UTI aumentava conforme o escore de risco cirúrgico. A média de permanência global foi de 5,62 dias, sendo que os pacientes com EP 0-9 ficaram em média 1,97 dias na UTI e os com EP > 10, 7,87 dias. Somente 9% dos pacientes estudados permaneceram na UTI um período menor que 24 horas.

Na aplicação do índice de gravidade SAPS II obteve-se um índice médio de 25,81 10,68 e risco de morte médio de 10%.

GRUPO	EP (risco de morte)	N	IDADE	SEXO		SAPS MÉDIO	M.P. (Dias)	CIRURGIA			ÓBITO	
				M	F			RM s/ CEC	RM c/ CEC	TC VAL		RM + TC VAL
I	0-4 (0-0,9%)	22	57,59	22 100%	0 0%	21,63 (5,26%)	1,81	8 39%	11 50%	2 9,09%	1 4,54%	0
II	5-9 (1-2%)	16	54,75	15 93%	1 7%	22,68 (5,99%)	2,20	2 12,5%	12,5%	4 25%	0 0%	0
III	10-14 (2-2,2%)	17	55,41	7 41%	10 59%	22,52 (6,26%)	7,24	6 35,29%	6 35,29%	4 23,52%	1 5,88%	1
IV	15-19 (2,3-4%)	26	58,96	12 46%	14 54%	25,46 (9%)	4,59	5 19,23%	5 19,23%	11 42,30%	5 19,23%	1
V	> 20 (=4,1%)	19	60,73	10 52%	9 48%	38 (26,68%)	12,92	3 15,78%	4 21,05%	8 42,10%	4 21,05%	8
Média		100	57,72	66%	34%	25,81 (10,65%)	5,62	24 24%	36 36%	29 29%	11 11%	10

Na tabela 1 observa-se o perfil da população estudada, os procedimentos realizados, o tempo de permanência na UTI e o número de óbitos deste estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes submetidos à RM e/ou TV segundo o EP, idade, sexo, SAPS II, média de permanência e tipo de cirurgia, no período de 3 a 21 de outubro de 2005.

A avaliação da carga de trabalho de enfermagem através do NAS, resultou numa pontuação média diária de 74,62 (9,16) e média total de 485,22. No pós-operatório imediato a pontuação NAS foi de 96,79 (3,68), no primeiro dia de pós-operatório foi de 63,72 (10) e no segundo pós-operatório de 65,72 (6,98).

Sabendo-se que cada ponto do NAS corresponde a 14,4 minutos, conclui-se que em média um paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca necessita de 18,24 horas de assistência de enfermagem por dia, o que é semelhante ao recomendado pela Resolução COFEN 293/2004 (17,9 horas) e inferior ao recomendado na Portaria 123/2005 do Ministério da Saúde, 20 horas (tabela 2)

P.O	Pontuação NAS	Horas NAS (1P=14,4min)	Horas CoFen	Horas M.S.
Média	74,62	18,24	17,9	20
P.O.I.	96,79	23,22	17,9	20
1º P.O.	63,82	15,31	17,9	20
2º P.O.	65,72	15,77	17,9	20

Tabela 2 – Comparação das horas necessárias para assistência de enfermagem medidas pelo NAS e das recomendadas pelo CoFen e Ministério da Saúde

Observou-se também, que quanto maior o EP, mais horas de assistência de enfermagem foram necessárias para o atendimento aos pacientes (Tabela 3)

As análises estatísticas demonstraram correlações significativas entre o NAS total, a procedência dos pacientes e a indicação cirúrgica. A correlação do NAS com o SAPS II e com o Escore de Parsonnet também teve significância estatística, (P 0,001), assim como com a presença de suporte circulatório, uso de drogas vasoativas e monitorização hemodinâmica (tabela 4 e figuras 1, 2 e 3)

ESCORE DE PARSONNET	HORAS DE PERMANÊNCIA NA UTI	HORAS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
0 - 5 N - 25 (25%)	43,64 ± 16,99	32,04 ± 10,27
6 - 10 N - 14 (14%)	54,57 ± 13,72	38,64 ± 7,62
11 - 15 N - 17 (17%)	62 ± 32,71	44 ± 21,24
> 15 N - 44 (44%)	158,88 ± 198,41	112,02 ± 139,23

Tabela 3 - Valores encontrados para a utilização de recursos de enfermagem conforme o EP através do NAS para os pacientes submetidos à RM e/ou TV no período de 3 a 21 de outubro de 2005.

NAS	SAPS II	R. SAPS II	PARSONNET	R. PARSONNET
< 340	23,66 (±8,67)	0,08 (±0,09)	10,91 (±7,74)	0,02 (±0,02)
> 340	32,63 (±13,52)	0,19 (±0,20)	21,73 (±9,68)	0,07 (±0,11)
P	0,0011	0,0016	0,0001	0,0001

Tabela 4 - Correlação estatística entre o NAS Total e o Escore de Parsonnet e o Índice SAPS II, dos pacientes submetidos à RM e/ou TV no período de 3 a 21 de outubro de 2005.

Durante a coleta dos dados registrou-se o número de pacientes escalados por funcionário para que fosse possível calcular a assistência prestada na unidade e compará-la com a assistência necessária medida pelo NAS. A análise destes números mostrou que os pacientes desta UTI receberam em média, 75% da assistência que necessitaram, demonstrando uma defasagem de 25% do quadro de pessoal.

Conclusão: O NAS mostrou-se um instrumento adequado para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Correlacionou-se com significância estatística com variáveis que indicavam a gravidade do estado do paciente; o NAS total se correlacionou com os Escores de risco cirúrgico e de gravidade, o que não ocorreu com o valor do NAS médio.

O estudo das características da população atendida neste serviço forneceu indicadores valiosos para o gerenciamento da UTI.

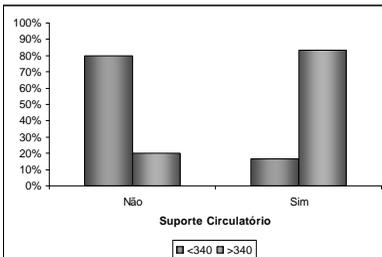


Fig.1 – Correlação entre o NAS Total e monitorização hemodinâmica dos pacientes submetidos à RM e/ou TV no período de 3 a 21 de outubro de 2005.

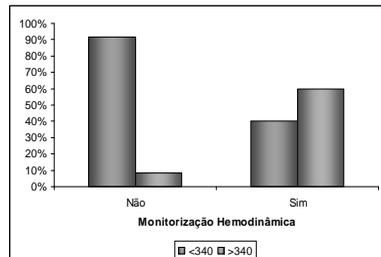


Fig.2 – Correlação entre o NAS Total e suporte circulatório dos pacientes submetidos à RM e/ou TV no período de 3 a 21 de outubro de 2005.

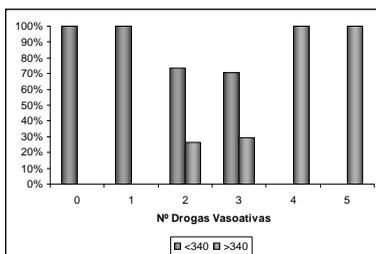


Fig.1 – Correlação entre o NAS Total e número de drogas vasoativas dos pacientes submetidos à RM e/ou TV no período de 3 a 21 de outubro de 2005.

A análise comparativa das horas de assistência de enfermagem prestadas e necessárias, conforme o NAS, indicou um déficit de 25% no quadro de pessoal da UTI estudada.

Sem dúvida, a existência deste instrumento facilita e subsidia o cálculo e a distribuição dos recursos humanos de enfermagem reforçando e embasando nossas estimativas, mas algumas arestas ainda precisam ser aparadas através de novos estudos objetivando seu aprimoramento.

Sua utilização continuada, aliada a indicadores de qualidade assistência e de resultados poderá trazer ganhos importantes para o dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.

TO0183 - MODELO DE GESTÃO DE ATENDIMENTO – INTEGRAÇÃO DA ÁREA ADMINISTRATIVA E ASSISTENCIAL

Autor: MARINA MUTO; Co-autor: IVANA LUCIA CORREA PIMENTEL DE SIQUEIRA

Resumo: Este trabalho relata a experiência da implantação de um Modelo de Gestão Hospitalar que buscou evidenciar a importância da revisão de processos em uma Instituição Hospitalar de maneira criativa como uma ferramenta focada na busca de maior nível de eficiência, eficácia e efetividade. Neste sentido buscaram-se inovações em processos e mecanismos já existentes de maneira a gerir o desperdício de tempo, atividades sem foco no resultado e atingir a excelência na satisfação do cliente.

Palavras Chaves: Gestão de Qualidade, Administração Hospitalar, Desperdício, Instituição Hospitalar, Satisfação do Cliente.

1. Introdução e justificativa

A exigência de uma postura mais competitiva e de um comportamento mais cooperativo são diretrizes relevantes da globalização das empresas, já que a velocidade e a intensidade com que as mudanças ocorrem são surpreendentes.

O Hospital, instituição complexa que pode englobar desde a prestação serviços de saúde até a formação de profissionais, não foge deste contexto e necessita adequar-se a este cenário atravessado por interesses de diversas naturezas.

Desta maneira a assistência hospitalar deve buscar construir uma organização enxuta, eficiente e eficaz, na qual os desperdícios sejam localizados, suas causas identificadas e sejam construídas soluções e novas formas de gerenciamento, visto que seu papel principal é a produção do cuidado. Para isso, deve contar com áreas administrativas e de apoio e uma estrutura organizacional que possa garantir a prestação da assistência na instituição.

Em 2005, motivado pela necessidade de se preparar para um mercado de saúde mais competitivo, o Hospital passou por uma reestruturação organizacional cujo principal objetivo foi preparar-se para aumentar a diversidade dos serviços prestados mantendo qualidade e diferenciais de atendimento pelos quais a instituição já é reconhecida no mercado.

Berwick1 (1994) argumenta ser fundamental que os processos administrativos da organização hospitalar e a gestão profissionalizada estejam comprometidos com a busca contínua da qualidade. Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), enfim, todas as áreas da organização que garantam o funcionamento dos setores operacionais e se comportem como “amortecedores”, ou seja, impedindo que os setores operacionais finais desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Neste cenário, identificou-se que descompasso entre as suas atividades, diante do crescimento previsto e nova inserção desejada no mercado, poderia não permitir que o cliente fosse o foco principal dos processos. Decidiu-se então trabalhar no alinhamento entre o setor de Recepção /Internação/ Hospitalidade e os Serviços Assistenciais/Apoio das áreas pacientes internados (enfermagem, nutrição, higiene e limpeza).

Foi então elaborado e implementado projeto visando preparar a área de Recepção/ Internação para as situações de alta ocupação, manter os serviços assistenciais/apoio das unidades dedicados ao cuidado e muni-los de informações, obtidas na internação ou pré-internação, que possam de alguma maneira lhes ser relevante para individualizar o atendimento assistencial.

O objetivo deste trabalho é descrever o programa de Gestão de Atendimento implantado para integração entre serviços assistenciais e administrativos, fundamentado na revisão de processos e modelo operacional com vistas ao aumento da eficiência, e qualidade do atendimento e consequente satisfação do cliente.

2. Metodologia

O presente estudo teve como campo um Hospital Geral Filantrópico do Município de São Paulo, referência em oncologia, cirurgia e procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade, que atualmente conta com 312 leitos, onde se realizam cerca de 1100 cirurgias/mês.

Em Dezembro de 2005 foi criada no referido Hospital a Superintendência de Atendimento e Operações (SAO) gerida por uma enfermeira que já ocupava o cargo de Gerente de Enfermagem há três anos e que implantou um Modelo de Gestão no Serviço de Enfermagem na Instituição2. O

Programa de Gestão de Atendimento inspirou-se também neste Modelo, integrando processos entre as Recepções (áreas administrativas) e as áreas assistenciais do Hospital.

O primeiro passo foi a criação da Gerência de Atendimento em Janeiro de 2006, cujo comando foi concedido a uma enfermeira com conhecimento amplo das atividades administrativas e assistenciais do hospital, necessário às mudanças pretendidas. Prosseguiu-se com o mapeamento e estudo dos processos da Recepção-Interação (Tabela 1), com revisão de fluxos, funções e de documentos. Foram padronizados rotinas, procedimentos e impressos nas áreas afins e criados indicadores que pudessem orientar a análise do desempenho da área.

Os processos citados a seguir foram implantados e implementados ao longo dos anos de 2006 a 2008.

Tabela 1 – Programa de Mapeamento dos Processos da Recepção-Interação, Ano 2006

Fonte: Gerência de Atendimento, Hospital Sírio Libanês

Ação	Descrição	Justificativa Teórica
Criação da Gerência de Atendimento	Gerenciamento através do conhecimento Técnico-Assistencial, com foco na integração das áreas assistenciais e administrativas.	
Implantação de rotina para o setor de Pré-Interação	Realizar o primeiro contato com o cliente antes da sua chegada ao hospital, com base na agenda cirúrgica e contatos com os consultórios médicos. A abordagem telefônica para obtenção de dados cadastrais ocorre em até cinco dias antes da internação. Aproveita-se, então, a oportunidade para realizar orientações gerais sobre o hospital, antecipar processos de autorizações junto às fontes pagadoras e coletar informações sobre particularidades relevantes do cliente como hábitos/restrições alimentares, de sono e repouso, movimentação, restrições quanto ao gênero do profissional "cuidador". Estas informações são dispendidas para áreas assistenciais e de apoio para planejamento e implementação de ações pertinentes na chegada do cliente.	Duclos et al. ³ (1996) lembram que na óptica Lean todos os componentes utilizados para produzir um bem ou serviço devem ser viáveis para os que participam do processo o que permite aos participantes aprender, controlar e melhorar o próprio processo. No âmbito de serviços, em que o cliente participa diretamente do processo de transformação, quanto maior a interação entre o provedor e o consumidor, mais fácil é a percepção daquilo que o cliente efetivamente valoriza.
Reestruturação do Setor de Controle de Leitos	Responsável pela gestão de leitos do Hospital que através de um painel eletrônico integrado ao sistema de informação do Hospital, exibe "on line" o status de disponibilidade de cada apartamento (livre, ocupado, em higienização, bloqueado, em alta, interditado, acompanhante, isolamento, reservado).	
Plano de Contingência de Ocupação	O Hospital com lotação superior a 85% de ocupação foi necessário à elaboração de um Plano de Contingência para o planejamento de abertura de leitos não operacionais e disponibilização de recursos humanos. O plano é desencadeado após a Recepção/Interação e análise da disponibilidade de leitos, internações e altas hospitalares previstas para os próximos dias. Além disso, todos os colaboradores do Hospital têm conhecimento da ocupação do hospital através um Sinalizador disponibilizado na Intranet, alimentado diariamente pela Recepção por cores simbolizando a ocupação atual do hospital e a prevista para o dia seguinte.	Este plano evitou que os clientes (médicos e pacientes) ficassem insatisfeitos pela demora de atendimento devido à espera de leitos disponíveis e vem de encontro com a abordagem Lean que propõe desenvolver fornecedores capazes de entender de fato o problema do cliente e oferecer uma solução completa que integre todos os elementos necessários. Davis e Meyer ⁴ (1998) referem-se ao conceito de empacotamento para a oferta de bens e serviços que em conjunto atendem às necessidades dos clientes e afirmam que valor é criado quando cada componente da oferta já não pode existir de forma isolada.
Sistema Gerenciador de Chamada para acompanhamento e análise geral dos tempos de atendimentos da Recepção/	Implantação de um sistema oferecendo subsídios para ações que visem redução de filas e espera, como abertura de postos extras e re-direcionamento de profissionais para atendimento, distribuição da escala de trabalho para absorver demanda em dia/horário de pico, incentivo ao agendamento em dias/horários menos concorridos.	Esta abordagem é consonante com o pressuposto por Arbou ⁵ (2002) e Ritzman e Krajewski ⁶ (2004) que definem as filas como resultado do desalocamento entre a demanda e oferta, isto é, da demanda variável de clientes ao longo do período e da falta de flexibilidade na alocação de empregados/postos para as diferentes tarefas. Sugerem a abordagem de um

Em 2008 foi realizada a reestruturação do serviço de Hospitalidade com a mudança física dos colaboradores que compõem o serviço e os objetivos de seu trabalho. Até então era um serviço que trabalhava por demanda, ou seja, estavam localizados na Recepção Principal do Hospital e atendiam os clientes a partir de solicitações (aquisição de jornais, revistas; serviços de entrega; atendimento a clientes internacionais; entre outras).

Na reestruturação do serviço de Hospitalidade passou a fazer seu trabalho nas Unidades de Internação para atender os clientes de maneira personalizada e auxiliar as enfermeiras das unidades a focarem seu trabalho na assistência desempenhando em primeira instância, as seguintes tarefas:

- Atendimento pessoal / telefônico a internos e externos (profissionais da unidade, pacientes, acompanhantes e médicos);
- Pró-atividade no atendimento das expectativas do cliente (SAC);
- Disparar ações para atendimento personalizado às clientes recomendados;
- Organização do balcão de atendimento (Recebimento e guarda de exames);
- Montagem (admissão), desmontagem (alta) e organização de prontuários;
- Contribuição para a organização geral da unidade;
- Visita aos pacientes e acompanhantes internados com

o objetivo de divulgação do serviço de hospitalidade e canal de relacionamento com o paciente / acompanhante);

- Atendimento a óbitos e amputação de membros;
- Marcação eletrônica da saída física do cliente da unidade para disparar a informação para os serviços de hospedagem, controle de leito, caixa, central de guias.

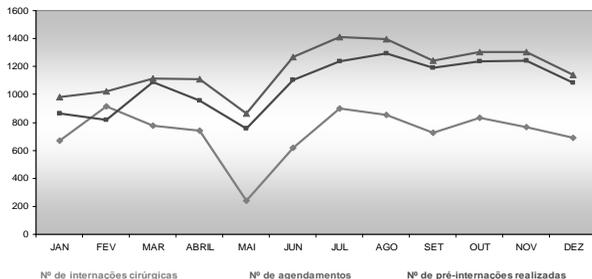
Estas ações foram elaboradas sempre a partir de mapeamentos de processos e avaliação de sua viabilidade. A cada etapa, os colaboradores foram treinados e se tornaram personagens chaves para que este Programa tivesse sucesso.

3.Resultados

Durante as implantações foram elaborados indicadores que pudessem avaliar e analisar as

implantações e a possibilidades de ajustes. A cada mês estes indicadores foram compartilhados com os colaboradores do setor, com discussões das dificuldades e necessidades de revisão de alguma etapa implantada.

A sensação de que o tempo do cliente não é importante está presente na



maioria dos processos de consumo. As filas e os tempos de espera são sinais visíveis desta realidade. Como o conceito Lean 8 está voltado para a geração de valor para o cliente e a eliminação de desperdícios, esta situação deve ter um tratamento especial. Desenvolveu-se então um processo que incorporasse mecanismos para evitar perdas de tempo. Assim, a pré-internação foi implantada suplantando em pouco tempo as internações cirúrgicas e atingindo também as clínicas eletivas, com a colaboração dos clientes médicos que passaram a agendar também este tipo de internação (gráfico 1).

Gráfico 1 – Número de pré-internações realizadas em relação ao número de agendamentos totais e cirúrgicos. Período de Janeiro a Dezembro de 2007. Fonte: Serviço de Internação, Hospital campo de estudo, 2007.

O controle dos tempos de chamada possibilitou controle /acompanhamento e ações para redistribuir a demanda e redirecionar postos/pessoas para atendimento que, juntamente com a rotina de pré-internação, resultou em diminuição do tempo total do processo admissional (gráfico 2). Podemos concluir que as medidas adotadas surtiram efeito satisfatório já que houve uma considerável diminuição dos tempos entre a chegada do cliente e o seu encaminhamento para o apartamento, lembrando que a taxa de ocupação do Hospital tem sido em média de 85%.

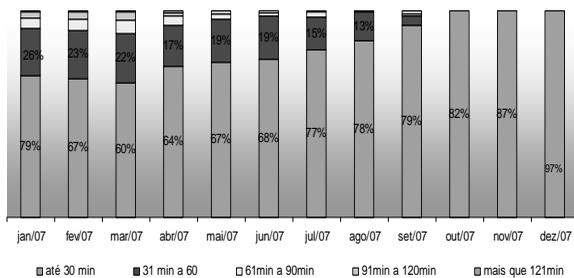


Gráfico 2 – Distribuição das internações mensais por faixas de tempo médio entre Chegada e Encaminhamento para o Quarto. Janeiro a Novembro de 2007. Fonte: Serviço de Internação, Hospital campo de estudo 2007.

As informações colhidas sobre as particularidades relevantes para a internação do paciente como hábitos/restrições alimentares, de sono e repouso, movimentação, restrições quanto ao gênero do profissional “cuidador” totalizaram 70% das pré-

internações realizadas. Este processo foi fundamental para que as áreas assistências (enfermagem, nutrição, fisioterapia) e de apoio (hospitalidade, hospedagem, recepção) organizassem as ações pertinentes para chegada cliente.

A incorporação da equipe da Hospitalidade às unidades de internação possibilitou que a equipe de enfermagem pudesse voltar seu foco de atenção para a assistência, uma vez algumas das atividades incorporadas pela hospitalidade tinham somente a enfermagem como executora. Segundo Silberstein9 (2006), resolver completamente o problema do cliente implica desenvolver mecanismos de feedback inteligente para cada falha que pode ocorrer ao longo de todo processo de consumo. O desafio é criar um mecanismo que elimine de maneira progressiva estas falhas. O gráfico 3 é um demonstrativo de uma amostra de atividades colhida durante cinco dias, que totalizou 501 atividades absorvidas pela equipe da Hospitalidade.

4. Conclusão

As mudanças são necessárias, porém devem sempre ser planejadas e estudadas. O desafio está em entender os diferentes fluxos dos serviços e como os outros processos os suportam e alinhados com as expectativas dos clientes, justificados pelo Princípio de Lean “oferecer exatamente o que o paciente quer” e “oferecer o que o paciente quer exatamente quando ele quer”.

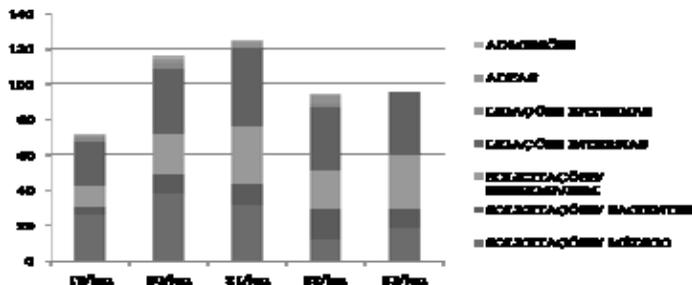


Gráfico 3 – Atividades realizadas pelo serviço de Hospitalidade em uma Unidade de Internação Geral do Hospital campo de estudo. Período: 19 a 23 de Janeiro de 2009.

A razão de ser dos serviços de saúde e o seu fim específico singularizam este serviço entre os demais. Stork10 afirma enfermo é a razão de ser dos serviços de saúde e a enfermidade é o estado intermediário entre a saúde e a morte. O fim específico dos serviços de saúde é restaurar a saúde do enfermo ou prevenir sua deterioração. É isto que torna este serviço único. Nestas circunstâncias, o enfermo encontra-se física e psicologicamente fragilizado e é para uma pessoa neste estado que os serviços de saúde são desenhados. Assim, “oferecer exatamente aquilo que o cliente quer” não pode se resumir simplesmente na disponibilização do produto ou serviço, mas deve incluir também um atendimento humanizado em que a condição fragilizada do paciente é compreendida e amparada.

Sendo assim, este Programa de Gestão de Atendimento baseou-se na contínua busca da excelência, conciliando os objetivos do hospital com o ato de hospedar, sem perder de vista a especificidade do cliente. O foco principal foi agregar o valor à qualidade da assistência prestada ao cliente, não só de maneira direta, como também por meio das interfaces com os diversos setores do hospital.

5. Referência Bibliográfica

1. BERWICK DM. Aplicando o gerenciamento da qualidade nos serviços de saúde, pp. 18-27. In DM Berwick, AB Godfrey & J Roessner. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. Makron Books, São Paulo, 1994.
2. SIQUEIRA, L.L.C. Avaliação de um Modelo Empírico de Gestão Implantado em Unidades de internação de um Hospital Privado. São Paulo, 200p. Dissertação (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2003.
3. DUCLOS, L. & SIHA, S. & LUMMUS, R. "JIT in services: a review of current practices and future directions for research". International Journal of Service Industry Management, Vol. 6 No. 5, p. 36-52, 1995.
4. DAVIS, S. & MEIER, C. BLUR: the speed of change in the connected economy. Reading: Addison-Wesley, 1998.
5. ARBÓS, L. C. "Design of a rapid response and high efficiency service by lean production principles: Methodology and evaluation of variability of performance", International Journal of Production Economics, Vol. 80, n. 2, p. 169-183, 2002.
6. RITZMAN, L.P.; KRAJEWSKI, L. J. Administração da Produção e Operações. São Paulo; Prentice Hall, 2004
7. BOWEN, D. E. & YOUNGDAHL, W. E. "Lean" service: in defense of a production-line approach, International Journal of Service Industry Management, Bradford, Vol. 9, Iss. 3, p. 207-225, 1998
8. HINES, P.; HOLWEG, M.; RICH, N. "Learning to evolve: A review of contemporary lean thinking". International Journal of Operations & Production Management Vol. 24 Issue 10, p. 994-1012, 2004.
9. Silberstein, A.C.L. Estudo de Casos sobre a Aplicação de Princípio Enxutos em Serviços de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 174p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2006.
10. STORK, R. Fundamentos de Antropologia, Pamplona: EUNSA, 1996.

T00185 - PROGRAMA DE INDICADORES LABORATORIAIS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA/MEDICINA LABORATORIAL E CONTROL-LAB

Autor: WILSON SHCOLNIK; Co-autores: CARLA ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA; VANESSA COSTA ALMENDRA; RODRIGO OTAVIO SANTOS VON DOELLINGER

Resumo

Este trabalho descreve a estruturação, o funcionamento e alguns resultados de um Programa de Indicadores Laboratoriais brasileiro, criado pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial, em parceria com a empresa Control-Lab. O Programa tem caráter confidencial, conta com 51 indicadores distribuídos em 14 grupos, e funciona online. Os resultados por indicador são reportados na forma de boxplot, com periodicidade variável e em função do perfil dos laboratórios respondentes. A SBPC/ML acredita que este Programa trará ineqüívocos benefícios tornando os laboratórios brasileiros cada vez mais produtivos e competitivos contribuindo, assim, para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde existentes no Brasil.

Introdução

Segundo Andriolo (2007), o laboratório clínico desempenha um papel vital na cadeia de assistência a saúde, contribuindo, através das informações fornecidas em resultados de exames laboratoriais, para mais de 70% das decisões médicas, como por exemplo: admissão de pacientes em unidades de saúde; diagnóstico e prognóstico de doenças; seleção da terapia mais adequada; avaliação da resposta aos tratamentos e critério de cura. O laboratório clínico contribui ainda para a determinação de fatores de risco e de estados biológicos, como a avaliação da eficácia de imunização, e com iniciativas de promoção da saúde. De acordo com Bossuyt et al (2007), os laboratórios clínicos devem estar preparados para enfrentar ameaças e oportunidades através do aumento da eficiência, da qualidade, do fornecimento de serviços de valor agregado, e melhoria de custos. Segundo Shcolnik et al (2009), ao proceder a avaliação em saúde é necessário um quantitativo mínimo de indicadores que permitam conhecer as principais características da realidade do serviço de saúde e de suas práticas. Apesar de estar entre os pioneiros na utilização de controle de qualidade na área da saúde no Brasil, através da utilização, desde 1975, de programas destinados à área analítica do processo laboratorial, o movimento da qualidade brasileiro teve grande impulso apenas em 1995, culminando com o lançamento de Programas de Acreditação específicos para o setor em 1998. Entre eles, está o Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos - PALC - da SBPC/ML, que conta hoje com requisitos alinhados a normas internacionais, e cerca de 100 laboratórios acreditados, representando o maior Programa laboratorial brasileiro.

O Programa de Indicadores Laboratoriais da SBPC/ML – Control-Lab teve origem em 2005, graças ao desafio imposto à SBPC/ML por um grupo de laboratórios clínicos acreditados pelo PALC, que implantaram com sucesso as práticas gerenciais recomendadas e contidas nas normas de acreditação. Entre estas está a utilização de indicadores para monitorar o desempenho dos processos e outras aplicações gerenciais.

Vencida a etapa de adequação às referidas normas, naturalmente surgiu a necessidade de comparabilidade com outras organizações setoriais, já que o mercado competitivo de laboratórios clínicos exige que cada organização conheça sua posição diante de outros laboratórios, buscando sempre os melhores referenciais existentes no setor. Assim, como verificado em outros setores da economia e em outros países, a ferramenta conhecida como benchmarking é aplicada também no setor de laboratórios clínicos. Esta ferramenta, se corretamente utilizada, possibilita a obtenção de melhoria contínua.

Justificativa

Segundo Porter e Teisberg (2007), "muitos prestadores culpam outros participantes pelos problemas do sistema de saúde, em vez de assumirem a responsabilidade por aquilo que eles mesmos podem controlar. Lentos em medir seus resultados, até mesmo para si próprios, encontram justificativas para resistir à prestação de contas ao mundo exterior".

Na área pública, diante da insuficiência de recursos, a comparabilidade entre serviços de saúde oferecidos à população é desejável, e possibilita que se destinem os recursos para os serviços mais eficientes.

Diante dos inúmeros desafios impostos ao setor de saúde e, especificamente, ao setor de laboratórios clínicos, parece indiscutível que um programa de indicadores e benchmarking pode contribuir positivamente para a sobrevivência e sustentabilidade do setor, ambas relacionadas à profissionalização da gestão e adoção de ferramentas gerenciais. A decisão de organizar um programa genuinamente brasileiro se baseou no fato de que iniciativas de benchmarking já verificadas em outros países não seriam aplicáveis ao setor de laboratórios clínicos, em razão de diferenças existentes entre os sistemas de saúde, na realidade econômica e legal, no ambiente regulatório e empresarial, assim como nos processos envolvidos, que possuem poucos pontos de convergência. Desta maneira, as comparações dos resultados obtidos por laboratórios brasileiros se tornariam prejudicadas se realizadas frente a laboratórios de outros países - excetuados alguns indicadores técnicos e gerenciais.

Diante deste cenário, a criação de um programa brasileiro que permitisse a comparabilidade de laboratórios que atuam dentro de um mesmo ambiente tornou-se oportuna. As experiências específicas do setor laboratorial existentes em outros países como a do Colégio Norte-Americano de Patologistas (2009), entretanto, serviram como base para a descrição e seleção de indicadores para o Programa.

Métodos

Funcionamento do Programa

No momento da inscrição, o laboratório recebe uma senha para acesso ao sistema online. A garantia do sigilo é conferida pela identificação numérica do participante - única e intransferível - e pelo uso de senha exclusiva para acesso aos dados e relatórios no website.

O Programa é 100% online e todo procedimento de fornecimento de informações é realizado via internet. O sistema online permite ao usuário enviar dados, acessar informações a qualquer hora e lugar, consultar relatórios e dados já enviados, acessar e imprimir documentos, gerenciar e delegar tarefas, e monitorar prazos.

Cada participante é solicitado a designar um "administrador" do Programa para gerir o seu relacionamento com a Control-Lab, garantir a participação contínua no Programa, a veracidade dos dados reportados, e a análise / uso dos relatórios para promover a melhoria dos processos. Um termo de confidencialidade impede a divulgação de dados individuais de laboratórios participantes do Programa. O grupo de discussão, formado por profissionais que assessoram os organizadores no sentido de promover a melhoria permanente do Programa, não tem acesso aos dados individuais de participantes.

O ciclo do Programa é composto de 3 etapas: coleta de dados, análise dos dados e elaboração/envio de relatórios - e se repete trimestralmente, nos meses de janeiro, abril, julho e outubro.

Inscrição e fornecimento de dados sobre o perfil do laboratório participante

Ao se inscreverem no Programa, os laboratórios preenchem um questionário onde informam alguns dados que possibilitam a definição do seu perfil, procedimento fundamental para possibilitar a análise estatística que permite compará-los a outros laboratórios similares, em termos de porte e características.

Com estes dados, são estudadas as características que impactam nos indicadores e, conseqüentemente, nas segmentações (agrupamentos dos dados a partir das informações prestadas). Por esta razão, apenas os laboratórios que informam o seu perfil têm seus dados considerados para o estudo e a elaboração dos gráficos segmentados.

Indicadores utilizados no Programa

Atualmente o Programa consta de 51 indicadores distribuídos em 14 grupos.

- idente e Contaminação - acidente com pérfuro-cortantes, frequência de acidentes de trabalho, contaminação de hemocultura e contaminação de urocultura.

- Cliente - atraso de resultados, laudos retificados e insucesso na comunicação de resultados críticos.

- Coleta - ambulatorial, hospitalar, externa, própria, de terceiros e de franquia.

- Forma de entrega de laudo - eletrônico (e-mail e website), impresso entregue em casa, impresso retirado no laboratório e telefone/fax.

- Glosa - geral e por convênio.

- Hemólise de amostras

- Pessoal - absenteísmo, acidentes no trabalho, horas trabalhadas e rotatividade geral e da recepção.

- Produtividade - anatomia patológica e citopatologia, pessoal geral, pessoal técnico, pessoal faturamento, pessoal de recepção, recepcionista, coletador próprio e coletador franqueado.

- Público - exames por paciente, por paciente particular, por paciente de convênio e por paciente do sistema público.

- Recoleta - geral, por material impróprio, para confirmação e por acidente e diversas outras causas.

- Terceirização

- Ticket médio

- Treinamento - geral e interno

- Volume de exames - particular, de convênio, do sistema público e diversos.

Um dos fatores críticos de sucesso do Programa é a padronização dos indicadores, para assegurar que haja comparabilidade dos dados enviados por cada laboratório. Cada indicador do Programa tem uma definição, fórmula com descritivo, unidade, número de casas decimais e periodicidade (mensal, semestral etc.) pré-definidos. Isto permite ao laboratório entender o seu significado, que dados devem ser coletados e os cálculos a serem realizados. Os resultados obtidos pelos laboratórios devem obedecer exatamente à descrição de cada indicador. Desta forma, tenta-se evitar que dados brutos, cálculos ou unidades diferentes das descritas possam "contaminar" os resultados estatísticos, inviabilizando a comparação proposta.

Análise de Dados, Análise Estatística e Reporte de resultados.

Um mês após o recebimento dos dados pelo Programa, um relatório individual é enviado a cada laboratório. Para cada indicador é elaborado um boxplot, representação gráfica escolhida por proporcionar uma excelente apresentação dos resultados, permitindo a visualização da dispersão, da simetria, e de possíveis outliers ou valores atípicos. Os boxplots, exemplificados na figura 1, são construídos com base em 5 medidas:

- Valor Mínimo – menor valor da distribuição de dados;
- 1º Quartil - valor correspondente a 25% dos dados ordenados;
- Mediana - valor correspondente a 50% dos dados ordenados;
- Quartil - valor correspondente a 75% dos dados ordenados.
- Valor Máximo – maior valor da distribuição de dados

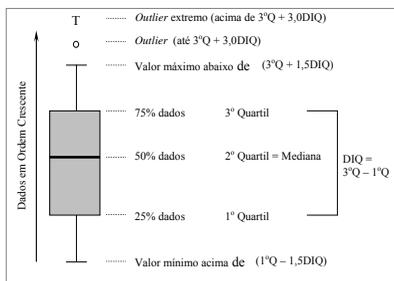


Figura 1. Exemplo de boxplot

De acordo com a Control-Lab (2005), antes da construção dos boxplots, os resultados de cada indicador são analisados pela equipe de estatísticos do Programa, para que possíveis incoerências ou erros de cálculo sejam descobertos e excluídos da análise. Tais resultados são descritos em “Comentários do Participante e Respostas” do relatório individual do laboratório, para que este verifique os dados enviados. Os critérios de exclusão de resultados diferem para cada indicador. Indicadores de Coleta, Recoleta e Volume de exames têm critérios já definidos, pois o somatório das respostas para cada grupo de indicadores deve ser 100%. Nos demais casos só são excluídos resultados que atrapalhem a

visualização dos boxplots. Com base nos resultados obtidos em trimestres anteriores foram definidas faixas de resultados admissíveis.

Os resultados expressos nos boxplots podem ter frequência mensal, trimestral ou semestral e são construídos tendo como base as variáveis do perfil dos participantes que mais se correlacionam com cada indicador. A escolha da melhor segmentação é feita através da “Análise das Medidas Repetidas”, que indica diferenças entre classes das variáveis do perfil e também entre os meses.

Se a “Análise das Medidas Repetidas” não indicar diferença entre os meses, é feito um boxplot trimestral, com a média dos resultados dos 3 meses. Se não houver nenhuma segmentação significativa, o boxplot é realizado com todos os resultados. Grupos com menos de 7 resultados não são representados graficamente, por serem considerados pequenos para uma análise estatística.

Validação do Programa e ações de melhoria contínua

As atualizações do Programa de Indicadores são elaboradas em conjunto com os participantes de modo a monitorar as características essenciais do negócio e elaborar a melhor forma de medi-las.

A introdução de novos indicadores obedece aos seguintes passos:

1. Proposição – no 3º trimestre do ano é realizada pesquisa entre os laboratórios participantes, no sentido de se obter propostas de novos indicadores.
2. Estudo pelo grupo técnico-consultivo – este grupo analisa as propostas, discute e valida.
3. Inclusão – os novos indicadores, cuja proposta foi aprovada pelo grupo técnico-consultivo, são incluídos na 1ª rodada anual do ano subsequente.

Para o ano de 2009 está sendo estudado formulário para melhor estruturar a proposta de novos indicadores, que inclui tópicos como existência na literatura internacional, possibilidade de coleta de dados informatizada, entre outros. Há também um projeto de disponibilização aos participantes de uma relação de perguntas mais frequentes, com as respectivas respostas.

Com o decorrer do Programa e recebimento de resultados, algumas ações de melhoria foram propostas, conforme descrição abaixo:

- Envio de mensagens eletrônicas visando a estimular laboratórios que não enviavam dados até o prazo limite e a buscar entendimento de suas dificuldades.
- Criação da área de "Comentários do participante e respostas" no relatório.
- Criação e disponibilização para os laboratórios de planilha de cálculo de indicadores em Excel, com o objetivo de reduzir erros nos dados reportados.
- Foram implementados novos indicadores sugeridos pelos participantes.

Resultados

O Programa começou a funcionar em 2006 com 110 inscritos, e foi aberto à participação de laboratórios da América Latina, independente do tamanho ou do público atendido. Tem recebido crescente adesão, e conta hoje com 137 participantes, todos do Brasil. As cinco regiões brasileiras estão representadas da seguinte forma, num total de 19 Estados: 58% Região Sudeste; 19% Região Nordeste; 14% Região Sul, e 9% Regiões Norte e Centro-Oeste. A maioria é de natureza privada (82%), sendo 60% independentes. Em termos de certificação, 45% PABC; 46% ISO 9001:2000; 15% ONA, dentre outros selos. Quanto ao tipo de atendimento: 71% atende à rede privada; 49% atende à rede hospitalar; 33% a rede pública e 10% a hemocentros. O índice de resposta aos diferentes indicadores é variável, alcançando em média 46% de laboratórios respondentes por rodada. Cada participante responde em média a 65% dos indicadores disponíveis por rodada. O reporte de resultados errôneos ou mal calculados evidencia a necessidade de amadurecimento dos laboratórios participantes.

Anualmente é realizado o Fórum de Indicadores Laboratoriais, um encontro de todos os participantes para a avaliação do Programa, e troca de experiências. Neste Fórum são discutidos os conceitos e as principais dificuldades, os resultados e suas ferramentas de monitoramento, além das melhorias que podem ser implementadas. O Fórum ocorre durante o Congresso Brasileiro de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial.

Conclusões

O benchmarking está entre as diversas ferramentas auxiliam as empresas a sobreviverem num cenário competitivo. Trata-se de prática conhecida, aplicável, e já testada no setor laboratorial, em várias partes do mundo.

Porter e Teisberg (2007) alertam que para competir em resultados é preciso que estes sejam mensurados, amplamente difundidos, e cada participante do sistema de saúde deve se responsabilizar pelos seus resultados obtidos. As melhorias obtidas são fruto da competição por um melhor desempenho, e, conseqüentemente, da comparação entre pares.

A implementação do Programa de Indicadores Laboratoriais no Brasil, pela SBBPC/ML e Control-Lab, permite que a comunidade laboratorial brasileira disponha de ferramenta que pode contribuir para a melhoria contínua, considerando-se as características próprias e o ambiente dos laboratórios brasileiros.

No Brasil, dado ao caráter recente da criação de programas de benchmarking voltados para o setor de laboratórios clínicos, ocorrem dificuldades refletidas pelo baixo índice de participação dos laboratórios em programas desta natureza – se comparados ao total de laboratórios clínicos em funcionamento no país. A adesão crescente de laboratórios ao Programa somada à participação de profissionais nos Fóruns de Indicadores realizados anualmente pela SBPC/ML – Control-Lab para divulgação das melhores práticas, indicam a assertiva desta iniciativa, inédita na América do Sul.

De acordo com a SBPC/ML (2006), o Programa de Indicadores Laboratoriais pode trazer inequívocos benefícios para a comunidade laboratorial, usuários e gestores do sistema de saúde brasileiro, tornando os laboratórios brasileiros cada vez mais produtivos e competitivos para enfrentar os desafios do mercado e contribuindo, assim, para o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde existentes no país.

O futuro do Programa dependerá da motivação e participação crescente dos laboratórios – de modo a aumentar a massa crítica de participantes e estender a comparabilidade –, do constante aprimoramento dos indicadores, da qualidade das informações colhidas e do correto envio destas pelos laboratórios participantes.

Referências Bibliográficas

Andriolo, A: Gestão estratégica em Medicina Laboratorial número 31 abr 2007 – Publicação da Soc. Brasil Patol. Clínica/Medicina Laboratorial Bossuyt, X., Verweire, K.; Blanckaert, N. Laboratory Medicine: Challenges and Opportunities. Clinical Chemistry & Laboratory Medicine, EUA, v. 53, p. 1730-1733, 2007. Disponível em: <<http://www.clinchem.org/cgi/content/abstract/53/10/1730>>. Acesso em: 11/11/2007.

College of American Pathologists: Disponível em <www.cap.org>. Acesso em: 21/11/2008.

Control-Lab: Disponível em <www.controllab.com.br>. Acessado em 28/10/08

Porter M E, Teisberg E O: Repensando a Saúde-Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos, 1ª edição Brasil, Edit Bookman, 2007
Schcolnik W, Carvalho S.: A importância de um programa de benchmarking para melhoria de desempenho em laboratórios clínicos, demonstrada através de um programa de indicadores laboratoriais utilizado no Brasil, Monografia apresentada no Curso de Especialização em Gestão pela Qualidade Total – MBA da Universidade Federal Fluminense - Centro Tecnológico, 2009 – em publicação.

Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial: disponível em www.sbpcc.org.br. Acesso em 30/12/08

T00187 - IDENTIFICAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE MORBIMORTALIDADE EM UMA AUTO-GESTÃO DE SAÚDE

Autor: AURO BERTOLA NETO; Co-autores: FÁBIO DE SOUZA ABREU; ROGÉRIO RIBEIRO DE SOUZA; MASSIMO COLOMBINI NETTO

PALAVRAS-CHAVE: AUTO-GESTÃO, ESTRATIFICAÇÃO, CRÔNICOS, CUSTOS, MONITORAMENTO, MORBIMORTALIDADE, SCREENING

INTRODUÇÃO: A avaliação de risco de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, ou mortalidade, pode selecionar grupos onde as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças apresenta melhor relação custo-efetividade. **MÉTODOS:** Validação dos dados recebidos, mapeamento de risco em termos de impacto nos custos, na condição clínica desta população através da identificação de eventos-sentinelas e realização de análises comparativas com populações similares. **RESULTADOS:** Os resultados do screening é a base sobre a qual são construídos planos de ação. **CONCLUSÕES:** Neste estudo o monitoramento proposto pode contribuir com uma economia estimada em R\$ 49,1 milhões de reais em três anos.

INTRODUÇÃO

A saúde é um índice importante de bem-estar da população e pode vir a ser um dos grandes parâmetros do conceito pleno de cidadania. (1) Assim como a capacidade de mensurar a saúde, mensurar o grau, ou o significado, de uma enfermidade para um determinado indivíduo é uma atividade bastante complexa e recente entre os profissionais de saúde. (2)

A subjetividade inerente ao processo saúde-doença resulta em variação na identificação de diagnósticos e, neste sentido, a utilização de instrumentos e metodologia padronizada aumenta a precisão dos diagnósticos. (3)

Na avaliação clínica e no seguimento de um indivíduo, principalmente de idosos, ocorre uma tendência a priorizar os quadros agudos ou com pouco tempo de evolução. Ocorre um fenômeno denominado "tirania da urgência", em que os idosos, a família e os profissionais de saúde dedicam mais atenção às queixas e aos problemas agudos em detrimento das doenças crônicas que frequentemente ocasionam poucos sintomas. Esta característica compromete a adesão e o tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas, têm como resultados altos índices de complicações e de limitações por sequelas. (3)

Desde a década de 70, diversos países identificaram grandes gastos em tratamento de doenças (principalmente as crônicas) que poderiam ser evitadas (4) através de medidas de promoção de saúde, de prevenção ou através da identificação precoce de doenças.

O conceito de prevenção foi definido por Leavell & Clark (5) como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” e o conceito de promoção de saúde historicamente utilizado como nível de atenção da medicina preventiva, evoluiu para um enfoque político e técnico em torno do processo saúde/doença/cuidado.

Dentro desta perspectiva, mudanças de estilo de vida ou de comportamentos relativos à alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool, conduta sexual são reafirmadas nas estratégias de promoção da saúde propostas. Resgata-se a compreensão do papel fundamental das condições gerais de vida sobre a saúde. (4)

As tecnologias em saúde têm ajudado na promoção à saúde e na melhoria da qualidade de vida da população, entretanto existe considerável falta de consenso quanto à tecnologia a ser usada, quanto à forma de utilização e à relação custo/benefício/risco de sua aplicação. Estas questões constituem antiga preocupação dos profissionais de saúde e dos gestores. A partir dos anos 1970, esse tema passou a despertar maior interesse dos agentes de decisão e do público em geral motivados pela crescente complexidade das inovações das tecnologias em saúde, que passam a trazer cada vez mais dilemas ao processo de decisão, seja por questões éticas ou econômicas. Existe um paradoxo muito relevante entre a demanda pelo novo, em geral de mais alto custo, em um ambiente de contenção de gastos em saúde. (6)

A avaliação de risco de ocorrência de doenças crônico-degenerativas, ou mortalidade adquire grande importância na medida em que pode selecionar grupos onde as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças apresentem melhor relação custo-efetividade permitindo direcionar recursos e esforços onde as necessidades são maiores. Do ponto de vista epidemiológico, o termo risco é utilizado para definir a probabilidade de indivíduos sem uma determinada doença, expostos a determinados fatores, adquirirem esta doença.

As fontes de dados mais indicadas para a realização do screening do risco de saúde em populações inscritas em uma operadora de plano de saúde são: contas médicas e cadastro, podendo ser utilizadas opcionalmente outras fontes de dados complementares tais como:

benefício farmácia, medicina ocupacional, rede referenciada da operadora, entre outros benefícios.

JUSTIFICATIVA

Neste trabalho é apresentado um modelo de screening, i.e., de identificação de risco populacional que representa a análise de toda população escolhida incluindo tendências econômico-financeiras. O objetivo da análise apresentada é proceder com a estratificação da carteira de usuários da operadora de plano de saúde e enquadramento no “grid de risco”, a fim de gerar um cenário detalhado que apresente os seguintes benefícios: conhecimento do perfil de saúde populacional; conhecimento do perfil de utilização, para melhor direcionamento das ações preventivas; identificação de elegíveis por modalidade de risco; conhecimento prévio do retorno com o Programa de Gerenciamento de Doentes Crônicos (PGDC); indicação de programas em prevenção e promoção de saúde por modalidade de risco.

Neste contexto, o monitoramento e a gestão dos pacientes crônicos, verificam e promovem maior adesão ao tratamento, às medidas de prevenção de doenças e promoção de saúde, apresentam relevância na redução de custos e melhoria de indicadores clínicos.

MÉTODOS

A empresa que realiza este modelo de screening tem sede administrativa e operacional em São Paulo-SP, atuamos com foco em prevenção e promoção da saúde com sete anos de experiência em gestão integral da saúde, cobertura nacional (25 estados e mais de 500 cidades), 18.000 vidas monitoradas e pioneirismo em PGDC no Brasil. Realiza monitoramento telefônico e monitoramento presencial com mais de 200 mil contatos ativos/ano de monitoramento (telefônico, visitas e outros). Seu histórico em trabalhos de screening envolve cerca de 280 milhões de procedimentos analisados e quatro milhões de vidas. A título de referência, a empresa consegue atingir uma performance significativa em sua atividade alcançando índices de satisfação da população monitorada superiores a 96% e de fidelização superiores a 90%.

Em dezembro de 2007 foi realizada um estudo para identificação e estratificação de risco em termos de impacto nos custos e da condição clínica de todos os usuários – não apenas para identificação dos portadores de doenças crônicas – através do screening de uma empresa de autogestão de saúde situada no estado do Rio de Janeiro.

Para realização do processo foi enviado à empresa cliente layout com as principais informações a serem avaliadas:

1. Contas médicas: período de 36 meses (setembro de 2004 a agosto de 2007)
2. Cadastro: dados cadastrais da população ativa (nome, sexo, idade, data de adesão, etc)

A primeira etapa do processo foi a validação dos dados recebidos, constituiu-se em um resumo das principais informações do plano de saúde. A validação dos dados utilizando ferramentas estatísticas foi realizada junto ao cliente através da verificação da consistência das seguintes informações: período de contas médicas enviado, custo total da população, custo médio mensal por membro, custo médio anual por tipo de evento (consultas, exames, internações, atendimentos em pronto socorro e procedimentos ambulatoriais), distribuição por faixa etária e distribuição por sexo.

Ocorrendo discordância é realizado busca por dados discrepantes para realização de ajustes na base que será analisada. O referido processo é fundamental para continuidade do processo por ser relativamente comum inconsistências na extração, formatação e migração dos dados.

A segunda etapa é o processo de mapeamento de risco em termos de impacto nos custos e na condição clínica desta população. A ocorrência de determinados eventos-sentinela podem justificar a adoção de um sistema de observação mais intensivo (1), ou ter a capacidade de indicar medidas a serem adotadas em nível individual, populacional ou mesmo estruturais na instituição onde o seguimento acontece, com o intuito de minimizar a ocorrência destes eventos e de potenciais complicações.

Ferramentas de extração, transformação e carga, permitem que fontes de dados distintas sejam utilizadas no cruzamento de informações, ferramentas On-Line Analytical Processing (OLAP) permitem a construção de cubos multidimensionais favorecendo a visualização da informação em diferentes perspectivas e relatórios podem ser gerados através de ferramentas de query/report. Todas estas ferramentas integram o ambiente de Business Intelligence (BI) suportado por servidores de alto desempenho que permitem trabalhar grandes volumes de dados com agilidade e precisão.

Estas análises combinam algoritmos que são constituídos por regras clínicas definidas por meio de protocolos fundamentados em Medicina Baseada em Evidência (MBE) e em métodos estatísticos aplicados através de uma sistemática bem definida desenvolvida internamente. Como resultado é possível adequação de programas de intervenção ao nível do risco de doenças crônicas/perfil de saúde local.

Através de análises comparativas com populações similares (benchmarking) alguns indicadores são utilizados como referência analítica para auxiliar a tomada de decisões. Toda referência apresentada através de indicadores, constitui bom elemento de comparação, contudo também é afetada pelas particularidades da população que o gerou.

Para a referida análise foram considerados primeiramente os dados informados pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), naqueles casos em que não foram encontrados dados de comparação nestas bases, foram utilizados o banco de dados próprio.

1. Objetivo: base comparativa dos principais indicadores das entidades de Autogestão
2. Quantidade de empresas presentes na base de dados: 60 empresas
3. Perfil: entidade de autogestão em saúde
4. Tamanho da amostra: aproximadamente 3 milhões de vidas
5. Distribuição geográfica: 830 mil vidas sudeste; 512 mil vidas centro-oeste, 706 mil vidas nordeste, 300 mil vidas no sul e 388 mil vidas no norte do país

RESULTADOS

Na análise foi observada população com 161.212 vidas e idade média de 37 anos discretamente inferior ao encontrado nas bases comparativas, 40 anos.

Considerados os grupos de risco foi possível fazer uma avaliação das possibilidades de ação e assim definir a melhor estratégia de abordagem para cada grupo de usuários da dentro do seu projeto de gestão de risco populacional e medicina preventiva.

Uma vez que cada população tem necessidades diferentes, foram identificados os seguintes grupos que estão distribuídos em: dependentes, titulares e totais (dependentes + titulares). Estes grupos foram estratificados em número de vidas, % relativas de vidas, custo total, % relativa do custo total e custo segundo tabela abaixo:

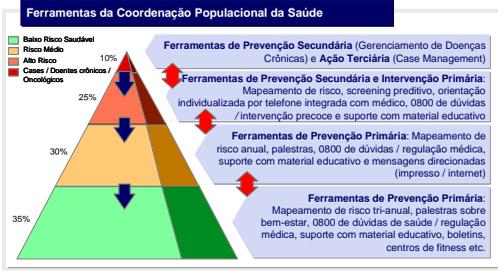
Tabela de estratificação perfil de risco populacional por custo absoluto e realtivo

	Dependente	Titular	Total	
Indicação Case	542	530	1.072	Vidas
	0,34	0,33	0,66	% de vidas
	25.736.575	23.496.730	49.233.304	Custo Total
	7,75	7,07	14,82	% Custo Total
	1.417,76	1.323,46	1.371,13	Custo (pm/pm)
Oncológicos	508	414	922	Vidas
	0,32	0,26	0,57	% de vidas
	6.666.673	6.031.481	12.698.153	Custo Total
	2,01	1,82	3,82	% Custo Total
	390,07	430,70	408,37	Custo (pm/pm)
Programa de Cribagens	3.420	2.972	6.392	Vidas
	2,12	1,84	3,96	% de vidas
	36.588.167	33.419.594	70.007.761	Custo Total
	11,01	10,06	21,07	% Custo Total
	314,52	336,91	324,82	Custo (pm/pm)
FRP - Alto	19.491	17.448	36.939	Vidas
	12,09	10,82	22,91	% de vidas
	52.863.446	44.032.306	96.895.752	Custo Total
	15,91	13,25	29,16	% Custo Total
	80,42	74,19	77,46	Custo (pm/pm)
FRP - Médio	25.859	22.563	48.422	Vidas
	16,04	14,00	30,04	% de vidas
	42.926.393	26.940.431	69.866.824	Custo Total
	12,92	8,11	21,03	% Custo Total
	51,08	35,75	43,83	Custo (pm/pm)
Baixo risco / Saudáveis	64.520	2.945	67.465	Vidas
	40,02	1,83	41,85	% de vidas
	32.682.021	911.27	33.593.291	Custo Total
	9,84	0,27	10,11	% Custo Total
	16,97	25,18	17,12	Custo (pm/pm)
Total	114.340	46.872	161.212	Vidas
	70,93	29,07	100,00	% de vidas
	197.463.274	134.831.812	332.295.087	Custo Total
	59,42	40,58	100,00	% Custo Total
	55,23	89,04	65,29	Custo (pm/pm)

Fonte: Análise provenientes de população de empresa de auto-gestão em saúde no período de setembro de 2004 a agosto de 2007.

Legenda: FRP = fator de risco presente; pm/ por membro/ por mês.

A classificação de risco e visão populacional expressa na tabela acima permite a operadora uma clara visão da necessidade de alocação de recursos aos diferentes níveis de risco, alinhando estrategicamente planos de ação com a necessidade e momento da empresa.



Esta análise prévia antecede desenho ou implantação de qualquer programa de promoção de saúde e prevenção de doenças. No quadro abaixo conseguimos exemplificar propostas de ações aos diferentes níveis de risco pré-identificados:

Patologias	% vidas	(%) Impacto custo
Cardiovascular	36,6%	42,7%
Diabetes	22,2%	15,8%
Cardiovascular e Diabetes	21,8%	20,5%
DRC	4,9%	2,5%
DRC e Diabetes	3,9%	3,1%
Cardiovascular e DRC	6,1%	9,4%
Cardiovascular, DRC e Diabetes	4,5%	6,0%
Total	100,0%	100,0%

Em alguns níveis da análise é possível prever a provável patologia crônica instalada:

O apontamento das principais patologias crônicas ou condições de impacto na saúde considera pontos de checagem em relação à identificação: Prevalência na população; impacto no custo; e Ser passível de tratamento.

Estes parâmetros fundamentam estudos populacionais, levando a identificação de grupos que causam impacto na gestão de recursos operacionais e financeiros de uma operadora de saúde.

A qualidade e a consistência das informações passam por questões de natureza ética que incluem tanto a confidencialidade, possíveis inferências e decisões gerenciais. As informações sobre os gastos com a saúde, indicadores epidemiológicos que resultam em estratificação populacional em perfis de risco de doenças crônicas oferecem subsídios para o planejamento de ações preventivas e impacto na melhoria da saúde. (7)

Os resultados do screening é a base sobre a qual são construídos planos de ação para todos os grupos de risco da população em questão permitindo criar estratégias de curto e longo prazo para obter resultados significativos da saúde e melhoria na qualidade da utilização do sistema de saúde:

DOENTES CRÔNICOS

- Desenvolvimento do auto-controle
- Melhora na qualidade de vida
- Suporte à sua condição integral de saúde
- Uso mais produtivo do sistema de saúde
- Aumento na satisfação com a Operadora

EMPREGADOR

- Maior satisfação do colaborador com o benefício saúde
- Maior controle dos custos com benefício saúde no curto e longo prazo
- Maior satisfação e lealdade do colaborador

OPERADORA DE SAÚDE

- Gestão integrada com prestador
- Redução do custo assistencial
- Aumento nos níveis e satisfação com o plano de saúde
- Aumento nos níveis de satisfação dos médicos
- Uso racional e estratégico dos recursos

PGDC

MÉDICO-ASSISTENTE

- Apoio ao tratamento e acompanhamento de pacientes
- Maior adesão às orientações e medicamentos prescritos
- Melhora nos resultados do tratamento
- Otimização na aderência ao tratamento

CONCLUSÕES

Entendemos que os resultados apresentados contribuem para uma visão clara do impacto que a população selecionada exerce sobre o desempenho da auto-gestão analisada, ou seja, 5,2% da população representam 39,4% do custo assistencial.

A identificação de pacientes com maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas, complicações e sequelas, o estabelecimento de estratégias de monitoramento e o gerenciamento de doentes crônicos, o planejamento e a implantação de serviços de apoio aos pacientes, às famílias ou às instituições apresentam potencial de melhorar a qualidade dos serviços prestados reduzindo custos.

Estima-se que o monitoramento proposto tem potenciais benefícios relacionados no esquema abaixo e pode contribuir com uma economia de aproximadamente R\$ 49,1 milhões de reais em três anos.

No Fluxo evidenciamos a necessidade do envolvimento de áreas que permeiam o programa, sendo esta integração, fator crítico de sucesso nos objetivos traçados:

REFERÊNCIAS

1. Malik AM. Avaliação, Qualidade, Gestão... São Paulo: Editora SENAC São Paulo; 1996.
2. Godber G. Measurement in medicine—Origin and purpose. Proc R Soc Med. 1965 Sep;58(9):664-70.
3. Jacob-Filho W. Por que avaliar? In: Atheneu E, editor. Avaliação Global do Idoso. São Paulo; 2005. p. 3-8.
4. Czeresnia D. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS. In: Suplementar FdS, editor.; 2003. p. 35.
5. Leavell SC, E.G. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
6. Suplementar ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos/ dados. . Ministério da Saúde; 2008. p. 102.
7. Colombini-Netto M. Validade e coerência de instrumentos utilizados na avaliação clínica de idosos. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Júlio de Mesquita Filho; 2008.

T00188 - SECUID- ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE GERENCIAMENTO DA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA PÓS ALTA E DE INTEGRAÇÃO COM A REDE REGIONAL DE SAÚDE

Autor: ROSELI F. R. LEANDRO; Co-autores: ELIZABETH AKEMI NISHIO; OTÁVIO MONTEIRO BECKER JR; NACIME SALOMÃO MANSUR

Resumo:

Objetivos: Analisar o impacto da implantação da assistência domiciliar referente a humanização, qualidade e segurança no atendimento e a integração com a rede loco regional.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa.

Resultados: A assistência domiciliar prestada com qualidade e segurança contribui para humanização, gerenciamento dos leitos hospitalares e construção de uma rede de assistência integrada com profissionais capacitados.

Conclusão: A implantação do serviço proporcionou uma assistência segura e eficiente, um cuidado individualizado e humanizado, além de promover maior integração entre os serviços de saúde e o uso mais adequado e racional dos recursos.

Palavra-chave: Assistência domiciliar, atendimento domiciliar , enfermagem, humanização, integração dos serviços de saúde

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo analisar o impacto da implantação do Serviço de Enfermagem de Cuidados Domiciliares (SECUID) na humanização do atendimento com qualidade e segurança, e como instrumento de integração entre as atividades do hospital e a rede de saúde existente no município.

O serviço hospitalar foi inaugurado em setembro de 2006 com 51 leitos para atendimentos de emergência, terapia intensiva e internação (adulto e infantil). Atende em média 15.000 pacientes/mês de urgência e emergência e, para que este equipamento não se tornasse mais um hospital com taxa de ocupação acima de 100%, característica comum de atendimento nos serviços públicos deste país, optou-se pela implantação do SECUID para os pacientes que necessitassem de tratamento com recursos hospitalares e sem risco de agravamento súbito das condições clínicas.

A Assistência Domiciliar (AD) é definida pela The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization como serviços providos por profissionais de saúde, por visita ou por hora base, aos pacientes que tem ou estão com risco de uma injúria, uma doença ou uma condição de fragilidade ou que são doentes terminais e requerem intervenções curtas ou longas por profissionais de saúde; e pela The Canadian Home Care Association (CHCA), a AD é uma parte integral de um sistema de saúde, que habilita pessoas a moverem-se facilmente pelo sistema num período da vida. A assistência domiciliar é um catalisador de transformação do sistema, para garantir sua sustentabilidade e resposta, com uma filosofia de habilitar indivíduos e família. As definições ampliam o conceito da assistência domiciliar a saúde e não trata apenas de um hospital no domicílio.

Com uma proposta mais ampla e não hospitalocêntrica, o modelo da AD é capaz de assistir o paciente em sua residência com ações de saúde desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, que visa à promoção, manutenção e ou restauração da saúde. É uma alternativa que garante a continuidade do tratamento dos pacientes afetados por uma enfermidade cujo, tratamento e reabilitação não os obrigam a permanecer no hospital, porém necessitam de um tratamento com segurança e eficiência.

A revisão da literatura indica que, na década de 1990, a adoção da assistência e a internação domiciliar cresceram significativamente nos diversos serviços de saúde, pautadas em diferentes justificativas como mais vagas nos hospitais, redução dos riscos de infecção hospitalar, humanização do atendimento e sensível redução dos custos. Também há aqueles que defendem a implantação de serviços de assistência domiciliar pela necessidade de promover maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e os extra-hospitalares, com vistas à construção de um novo modelo de atenção que possibilite a assistência contínua e a perspectiva da integralidade.

JUSTIFICATIVA

A avaliação constante do serviço e a necessidade de compartilhar experiências motivaram a realização deste trabalho.

MÉTODO

A coleta dos dados ocorreu entre maio de 2007 a novembro de 2008 em Guarulhos, SP. É um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa.

Para o planejamento da implantação se fez necessário a definição da área de abrangência, critérios de elegibilidade dos pacientes, formulários e fluxos de atendimento, elaboração de protocolos de atendimento e planilhas para coleta de dados, recursos materiais e humanos, bem como a capacitação e treinamento dos mesmos.

A implantação do SECUID iniciou-se em maio de 2007 com a administração de antibiótico parenteral para as crianças, visando um gerenciamento dos leitos infantis, bem como a humanização e redução do risco de infecção e custos, tanto para a família como para o órgão público. No Canadá desenvolveu-se uma experiência piloto semelhante em três hospitais da área de Montreal, com especial atenção para a administração e controle de antibióticos parenterais no domicílio.

Após a consolidação do atendimento entre a equipe multidisciplinar, o SECUID proporcionou ampliação para atendimento aos adultos em julho de 2007, e pacientes portadores de doenças crônicas em janeiro de 2008.

Os pacientes são avaliados através de critérios de elegibilidade durante a internação e não necessitam de uma infra-estrutura hospitalar, mas dependem de vigilância ativa e assistência de enfermagem especializada com visitas e procedimentos programados. A elegibilidade interdisciplinar e aceitação do paciente e familiar é imprescindível para a eficiência do tratamento. É realizado o consentimento informado e capacitação do cuidador para assistir seu familiar com adaptações à sua residência, o que reflete uma relação de atenção e respeito ao paciente, conforme modelo canadense, americano e europeu.

Após a alta médica com encaminhamento ao SECUID, a equipe interdisciplinar determina a frequência dessas visitas conforme necessidade do cliente, imposta por sua doença e tratamento. O enfermeiro realiza a consulta de enfermagem na residência, presta a assistência e acompanha o cuidador nos procedimentos. Quando julga necessário, solicita apoio ao hospital ou da rede de atenção básica para uma avaliação médica ou mesmo para retornar com o paciente ao hospital. O serviço possui suporte para urgência e emergência no próprio hospital e pessoal treinado para atendimento telefônico nas 24 horas. O transporte do paciente até o hospital pode ser realizado pela família, pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) ou pelo próprio hospital, quando solicitado pelo enfermeiro do SECUID, em ambulância de suporte básico ou avançado de vida, conforme o quadro clínico do paciente. Em casos de óbito na residência, o atestado de óbito é garantido pela equipe médica hospitalar com os objetivos de diminuir as dificuldades e proporcionar uma maior humanização no apoio à família.

RESULTADOS

A primeira avaliação do SECUID ocorreu após três meses de implantação e demonstrou o atendimento de 44 pacientes (39 crianças e 5 adultos), e disponibilizou leitos hospitalares em 24 dias (26%) com taxa de ocupação maior de 100%, houve reflexo na qualidade da assistência dos pacientes atendidos tanto pelo SECUID, quanto pelo intra-hospitalar, devido melhores condições de atendimento e acomodação. O custo para atender essa demanda intra-hospitalar seria de R\$ 17.600,00 e para o SECUID foi de R\$ 5.924,26 com uma economia de 66%, confirmando dados encontrados na literatura.

Após 18 meses de implantação do SECUID foram atendidos 329 pacientes através de 3.014 consultas de enfermagem. O perfil da população atendida foi 160 crianças (49%) e 169 adultos (51%), 152 do sexo feminino (54%) e 177 do sexo masculino (46%).

O período estudado foi de 580 dias, desse total o SECUID contribuiu para redução da taxa de ocupação hospitalar em 313 dias (54%) para os adultos e 152 dias para as crianças (26%) e proporcionou melhores condições de atendimento intra-hospitalar.

Os procedimentos mais realizados foram medicação com 245 pacientes (76%), e curativo com 70 pacientes (22%).

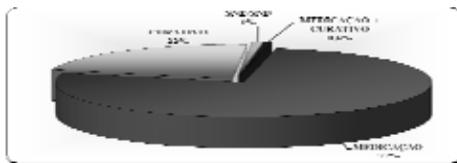


Fig. 1 – Porcentagem de procedimentos realizados no SECUID – maio/07 a novembro/08

Após 18 meses de implantação do SECUID foram atendidos 329 pacientes através de 3.014 consultas de enfermagem. O perfil da população atendida foi 160 crianças (49%) e 169 adultos (51%), 152 do sexo feminino (54%) e 177 do sexo masculino (46%).

O período estudado foi de 580 dias, desse total o SECUID contribuiu para redução da taxa de ocupação hospitalar em 313 dias (54%) para os adultos e 152 dias para as crianças (26%) e proporcionou melhores condições de atendimento intra-hospitalar.

Os procedimentos mais realizados foram medicação com 245 pacientes (76%), e curativo com 70 pacientes (22%).

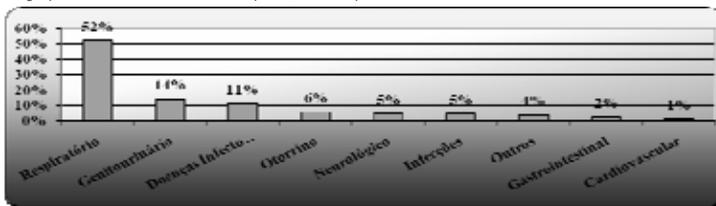


Fig. 2 – Distribuição dos atendimentos por sistema e especialidade afetado – maio de 2007 a novembro de 2008

Foram implantados indicadores para avaliar a assistência prestada. A análise desses indicadores demonstrou a redução na taxa de alta e aumento na taxa de internação durante acompanhamento do SECUID, isso pode ter ocorrido pela inclusão de pacientes portadores de doenças crônicas em 2008, houve também, a redução na taxa de mortalidade (Fig.3). Na vigência do acompanhamento somente um paciente apresentou Úlcera Por Pressão (UPP), pelo não cumprimento das orientações por parte do cuidador.

Indicadores	2007	2008
Tx mortalidade SECUID (nº de óbitos / total de pacientes)*100	1,1	0,6
Tx de alta SECUID (nº de altas / total de pacientes)*100	80,8	55
Tx de internação durante o SECUID (nº de reinternação/total de pacientes)* 100	0,1	1,3

Fig. 3 – Indicadores de desempenho para o SECUID –maio de 2007 a novembro de 2008

No decorrer do período estudado, o SECUID não obteve notificação negativa no Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC). O retorno de 61 avaliações (20%), com 48 excelentes (79%), 13 bom (21%), e zero para regular e ruim, pode ser considerado um indicativo

de satisfação dos clientes atendidos com relação à assistência prestada.

A integração do hospital com a rede de saúde regional ocorreu através do fornecimento de um carro administrativo para o transporte dos profissionais e capacitação dos enfermeiros da rede de atenção básica. Esta integração está em fase de reestruturação para aumentar a capacidade do serviço e melhorar a assistência ao paciente através de fornecimento de materiais e equipamentos pela rede de atenção básica e Secretaria Municipal de Saúde, bem como o acompanhamento pela unidade de referência durante o atendimento do SECUID e após a alta.

CONCLUSÕES

A implantação do SECUID proporcionou uma assistência segura e eficiente, disponibilizou um cuidado individualizado e humanizado, além de promover maior integração entre os serviços de saúde. A redução dos custos é consequência do próprio uso mais adequado e racional dos recursos.

A AD quando realizada com responsabilidade traz muitos benefícios ao paciente e sua família. A recuperação e a reabilitação realizadas de forma segura e eficiente e voltadas para um cuidado embasado na realidade em que vive o paciente, exigem uma melhor avaliação de suas reais necessidades para manter a saúde. Assim, na transição entre hospital e comunidade, proporciona um cuidado individualizado e humanizado. O potencial da AD em promover maior integração entre os serviços hospitalares e não hospitalares tem sido destacado, por promover a continuidade e a articulação dos cuidadores. O que confere-lhe caráter facilitador para o trabalho compartilhado e integrador da assistência e diferentes níveis de atenção.

TOO190 - DESENVOLVIMENTO, SIMULAÇÃO E ANÁLISE DE UM GERADOR DE FLUXOS DE REDES COM APLICAÇÃO AO ATENDIMENTO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO

Autor: JAQUELINE DE LOURDES MOTA; Co-autores: DOMINGOS ALVES; EMILSON ANTÔNIO MARTINEZ ROVERI

RESUMO

A localização espacial dos eventos em saúde e os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) têm papel destacado e vêm se tornando mais frequentes na literatura da área de saúde pública. Particularmente, o estudo de redes, ainda uma novidade nessa área, baseia-se no conceito de fluxo de pacientes entre áreas, municípios, bairros ou regiões. Diante desse cenário temos o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCRP) que tem o compromisso em manter os cuidados e a organização necessária no atendimento ao paciente, e desse modo, poder garantir os serviços necessários e adequados aos que procuram o HCRP. Portanto, conhecer os fluxos e frequências com que determinadas especialidades atendem no HCRP em diversos grupos populacionais é uma etapa indispensável do processo de planejamento da oferta de serviços e da avaliação do impacto das ações de saúde.

Palavras-chave: Fluxo, simulação, atendimento.

INTRODUÇÃO

Recentemente muitos estudos têm mostrado (CARVALHO, SOUZA-SANTOS, 2005) que a localização espacial dos eventos em saúde e em particular os Sistemas de Informações Geográficas (SIG), têm papel destacado e vêm se tornando mais frequentes na literatura da área de saúde pública. Entretanto, os métodos e software necessários ao aprofundamento desta abordagem ainda apresentam limitações devido à dificuldade de uso e desconhecimento dos pesquisadores e profissionais da área.

Particularmente, o estudo de redes ainda é uma novidade nessa área e no presente trabalho baseia-se no conceito de fluxo de pacientes entre áreas, municípios, bairros ou regiões (OLIVEIRA et al, 2004). Basicamente, as redes são estruturas de interconexão, constituídas por dois tipos de elementos: pontos (ou nós) e as ligações entre eles, semelhante à idêntia de grafo trabalhado em ciências da computação. A configuração das ligações revela a estrutura da rede, sendo que cada unidade de área é um nó da rede, que recebe e/ou envia pacientes para outros nós. Todas as unidades geográficas de análise são ordenadas utilizando algum indicador pertinente, por exemplo, oferta de leitos, gasto total em saúde, ou procedimentos oferecidos segundo a complexidade. Em função da hierarquia estabelecida, os fluxos de pacientes podem ser classificados e analisados para estabelecer, para certo local em estudo, o conceito de acesso, o qual por sua vez pode ser: hierárquico ascendente, contra-hierárquico descendente ou transversal (OLIVEIRA et al, 2004). Tal classificação expressa o grau de ajuste entre as necessidades dos usuários e a oferta de serviços de saúde.

Por exemplo, o mapeamento das redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil, permite identificar lacunas na distribuição dos serviços. Segundo Oliveira et al (2002), a análise feita através de fluxos georeferenciados pode ainda identificar pólos de atração, regionalização do atendimento, e mostrar distâncias percorridas pela população e volumes envolvidos neste deslocamento. Pode-se obter assim, um quadro de referência nacional, que permita situar os estudos mais detalhados, e que seja útil para investigar em que medida o SUS avançou na promoção da universalização do acesso. De fato, para que os serviços possam ser acessíveis a todos, o planejamento do setor saúde precisa conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas.

JUSTIFICATIVA

Diante desse cenário temos o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto que vem envidando esforços para manter os cuidados e a organização necessária no arquivamento de prontuários médicos, no atendimento e desse modo poder garantir os serviços necessários

aos que procuram o HCRP. Além disso, devido à grande abrangência de atendimentos, é cada vez maior o número de novos pacientes, de longos tratamentos e internações. Assim, seria de extrema importância se fosse possível utilizar técnicas matemáticas e computacionais para modelar o fluxo de pacientes dentro do HCRP bem como entender a regionalização desses atendimentos entre os municípios.

Com efeito, conhecer o fluxo de pacientes é uma boa apreciação à avaliação do impacto das ações de saúde ao relacionar saúde pública e ambiente, pois ambos são amplamente influenciados pelos padrões de ocupação do espaço, o que justifica a incorporação da análise espacial para apoiar os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (BARCELLOS et al, 2002) e quaisquer outros os quais possam ter acesso a tal análise.

Dessa forma, conhecer os fluxos e freqüências com que determinadas especialidades atendem no HCRP em diversos grupos populacionais é uma etapa indispensável do processo de planejamento da oferta de serviços e da avaliação do impacto das ações de saúde. Neste contexto, no que se refere à organização de serviços de saúde, de acordo com princípios e diretrizes do SUS, faz-se necessário implantar e estruturar novas estratégias de controle aos atendimentos feitos pelo HCRP.

Este é um trabalho pioneiro na região e através da espacialização e análise desses dados pretende-se obter um panorama da situação do HCRP com relação ao atendimento de seus pacientes tanto internamente quanto a sua abrangência como hospital de referência, podendo vir a ser utilizado como um instrumento na vigilância da qualidade da assistência médica, como também servir de base para orientar diretrizes de políticas de saúde pública local de prevenção e reversão dos problemas encontrados.

Além de suas características interdisciplinares, este trabalho se integra em uma linha de pesquisa mais ampla onde pretendemos desenvolver uma linguagem simples baseada em técnicas computacionais e matemáticas como ferramentas e assim sistematizar trabalhos já realizados em outras regiões, por conseguinte estabelecer um diálogo amigável com profissionais da saúde, onde este possa decidir sobre um conjunto de ações possíveis no âmbito da gestão hospitalar.

De uma maneira geral, este trabalho tem o intuito de viabilizar uma plataforma que deve ter capacidade de visualização e análise dos fluxos de pacientes em duas redes básicas: o HCRP e suas especialidades médicas e uma rede de atendimentos de pacientes entre municípios.

MÉTODOS

As redes de contato estudadas aqui são representadas como grafos com vértices, representando pessoas e locais, com informações demográficas e geográficas apropriadas. As arestas deste grafo conectam pessoas e lugares induzidos por visitas de pessoas ou grupos sociais a lugares específicos. Cada pessoa será representada por um paciente a procura de atendimento no hospital.

Assim, tanto o diagrama de fluxo e redes como os grafos feitos neste trabalho estão baseados em informações armazenadas em banco de dados de pacientes do HCRP e serão parametrizados e projetados para explorar explicitamente o comportamento espacial de uma população heterogênea. Para isso lançamos mão de um estudo estatístico do banco de dados dos pacientes atendidos no HCRP. Isso foi feito inicialmente anotando-se os pontos de partida e chegada de cada paciente dentro do hospital (fluxo entre especialidades) como entre os municípios atendidos (fluxo de atendimento regional).

A metodologia quantitativa é a base técnica deste estudo, e se torna adequada a partir do propósito inicial no qual trabalhamos com dados, mais especificamente números de pacientes atendidos. Nesse sentido, a finalidade é contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e conseqüentemente possibilitar a generalização dos resultados e prever acontecimentos através da determinação de freqüências com que pacientes são atendidos pelo HCRP em determinadas especialidades e de cidades da região de Ribeirão Preto.

RESULTADOS

Em síntese a ferramenta desenvolvida aqui tem como operações conectar ao banco de dados, manipulá-lo de acordo com as necessidades do usuário, fazer cálculos com os dados e imprimir os resultados, além de apresentar uma interface gráfica amigável com o usuário enquanto estiver em execução.

Assim que a ferramenta é inicializada um primeiro resultado é gerado, o fluxo de pacientes total, ou seja, de todas as consultas armazenadas no banco (neste caso, os anos de 2005 e 2006). Portanto, de acordo com a escolha feita no Menu de apresentação do software, é apresentado ao usuário a janela representada pela Figura 1 ou Figura 2. Nestas janelas o resultado principal da ferramenta é apresentado, nelas são apresentadas: a planta do ambulatório do HCRP ou o mapa da região do DRS XIII, como a figura que possibilita a análise espacial da pesquisa. Como já foi explicado anteriormente as linhas representam a(s) origem(s) e destino(s) dos pacientes, e a espessuras das mesmas representam proporcionalmente o fluxo de pacientes, ou seja, quanto maior o calibre da linha, maior a freqüência com que pacientes percorrem tal caminho e vice e versa. Já os números apresentados em vermelho representam a porcentagem absoluta de pacientes que se locomovem.

Figura 1: Resultado dos anos de 2005 e 2006 para o fluxo de pacientes no ambiente interno do HCRP.

As cores, juntamente com a numeração dos balcões são especificações internas do HCRP para facilitar a localização no espaço pelas pessoas que os acessam, no ambulatório do hospital que dá origem à planta baixa apresentada na Figura 4.3 estão ilustrados sete balcões: 1 – verde-claro, 2 – marrom, 3 – amarelo, 4 – rosa, 6 – azul, 7 – vermelho e 8 – verde escuro. Em posse desta idéia, fica de fácil



compreensão do usuário, através da visualização, perceber que no fluxo interno o maior acesso a balcões é dado em direção ao balcão azul e o menor ao balcão amarelo (setas de maior e menor calibre, respectivamente). Da mesma forma esta observação pode ser feita no fluxo das cidades do DRS XIII com as cidades de Sertãozinho e Santa Cruz da Esperança.

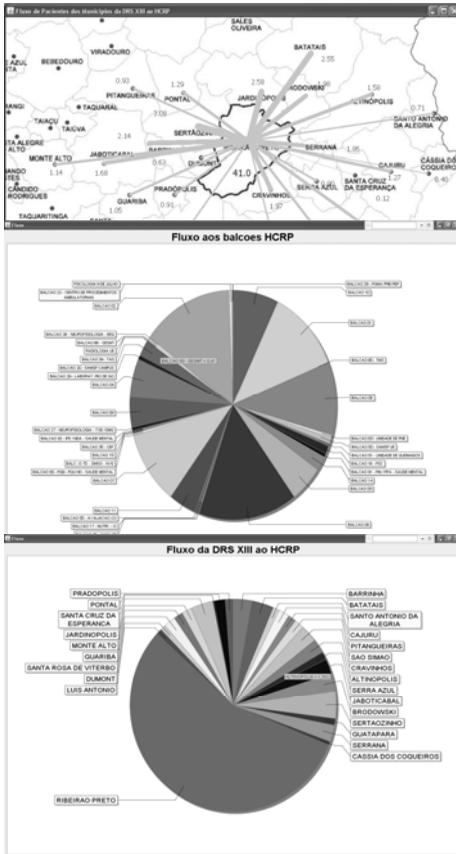


Figura 2: Resultado dos anos de 2005 e 2006 para o fluxo de pacientes do DRS XIII ao HCRP.

Através de um segundo Menu de opções de pesquisa é oferecida ao usuário, todas apresentam os resultados anteriores (Figura 1 e Figura 2) e é possível apresentar um gráfico em formato de “pizza” ao usuário com os resultados da última pesquisa. Neste gráfico é possível visualizar por meio das cores de cada fatia a proporção das frequências de pacientes aos balcões (Figura 3) e dos municípios pertencentes à DRS XIII (Figura 4), ao mesmo tempo, cada fatia é associada com a estrutura a que representa (balcão ou município) através do nome de cada uma, além de possibilitar ao usuário saber a porcentagem em número sempre que estacionar a seta do mouse sobre determinada fatia de interesse.

Figura 3: Gráfico resultante dos anos de 2005 e 2006 para o fluxo de pacientes no ambiente interno do HCRP.

para o fluxo de pacientes do DRS XIII ao HCRP.

CONCLUSÕES

De uma maneira extremamente simples e objetiva, a ferramenta desenvolvida neste trabalho, gera automaticamente os fluxos de pacientes no HCRP e na região de Ribeirão Preto para cada período especificado pelo usuário e pode ser utilizada como ferramenta de gestão ao tornar visível a demanda de pacientes frente ao número de leitos oferecidos, por exemplo. Particularmente, o presente estudo apresentou somente fluxo hierárquico ascendente direto, e a configuração da rede é do tipo árvore, uma vez que somente foram pesquisados a origem e o primeiro destino dos pacientes.

Figura 4: Gráfico resultante dos anos de 2005 e 2006

A idéia de se ater em alguns aspectos das possibilidades dessa ferramenta foi proposital, já que a nossa intenção, talvez não dividida em uma primeira abordagem do trabalho, tenha sido o desenvolvimento de um aplicativo computacional de gestão em

saúde com componentes visuais de análise robustas onde o usuário do sistema possa ter acesso às informações desejadas e analisadas, eventualmente com uma possível interpretação dada pelo próprio sistema.

Portanto, na prática, este sistema apresenta aspectos que podem ser otimizados e revisados para poder se tornar ainda mais robusto, já que a nossa meta é que este possa atuar como um sistema de apoio à decisão na área de gestão em saúde, auxiliando no estudo e controle dos mais diversos tipos redes de atendimento.

Finalmente, vale a pena destacar que este é um trabalho pioneiro na região e não temos notícias da literatura que um aplicativo que gere automaticamente o fluxo de pacientes em redes devidamente parametrizados tenha sido construído até aqui. De qualquer maneira, esperamos que a despeito de sua extrema simplicidade este aplicativo possa vir a ser útil como ferramenta de gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, M. S.; SOUZA-SANTOS, R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Mar./Apr. 2005, vol.21, no.2, p.361-378. ISSN 0102-311X.
- OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, mar- a b r, 2004
- DRUCK, S.; CARVALHO, M.S.; CÂMARA, G.; MONTEIRO, A.V.M. (eds) *Análise Espacial de Dados Geográficos*. Brasília, EMBRAPA, 2004 (ISBN: 85-7383-260-6).
- APPEL A. P.; TRAINA JR C. *iDFQL - Uma Ferramenta de Apoio ao Processo de Ensino- Aprendizagem da Álgebra Relacional Baseado no Construcionismo*. São Carlos, Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação da Universidade de São Paulo, 2004.
- ALVES, D.; GAGLIARDI, H. F. *Técnicas de Modelagem de Processos Epidêmicos e Evolucionários*. São Carlos: SBMAC, 2006.

BARCELLOS, C. C. ; SABROZA, P. C. ; PEITER, P. ; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de Saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 2002 ; 11(3):129-38.

AZEVEDO-MARQUES, P. M.; CARITA, E. C. ; BENEDICTO, A. A. ; SANCHES, P. R. "RIS/PACS integration at Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto: a web based solution". *Radiologia Brasileira*, São Paulo, vol. 38, no. 1, pp. 37-43, 2005.

COLOGNA, M. H. Y. T.; ROSA, N. A. ; GÓES, W. M. ; POZZE, R. B. ; SILVA, C. J. As Interfaces da Programação Cirúrgica: da Tradição à Informatização. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2002, Ribeirão Preto.

LUZ, A. R. O Prontuário Eletrônico de paciente e a segurança da informação: uma abordagem arquivística. *Revista Eletrônica Diálogos Científicos*, 2004. Disponível em: <<http://dici.ibict.br/archive/00000304/>> . Acesso em: 02 mar. 07

MELO, M. R. A. C.; FERRAZ C. A.; SOUZA C. R.; LAVRADOR, M. A. S. Estudo da morbidade na unidade de internação de ortopedia. *Revista Medicina*, Ribeirão Preto, v. 33, p. 73-81, 2000.

PINTO, V. B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informação e comunicação do domínio da saúde. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciências da Informação*, Florianópolis, n. 21, p. 34-48, 2006. Disponível em: <<http://www.ibict.br/pbcib/viewarticle.php?id=337&layout=abstract>> . Acesso em: 02 mar. 07

REIS, C. V.; FÁVERO, F.; FERREIRA, M. G. R.; TANAKA, N. Y. Y.; CARDOSO, R., GÓES, W. M. Modelo de Implantação da Prescrição Informatizada de Terapia Nutricional em um Serviço de Nutrição Hospitalar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2004, Ribeirão Preto.

RABINO, G. A.; OCCELLI, S. "Understanding spatial structure from network data: theoretical considerations and applications". *CYBERGEO*, 1997. Disponível em: <<http://www.cybergeopresse.fr/reseaux/texte1/gron1.htm>> . Acesso em: 02 mar. 07

NYSTUEN, J.D.; DACEY M.F. "A graph theory interpretation of nodal regions". In: *Papers and Proceedings of the Regional Science Association*, 7:29-42, 1961.

T0191 - ANÁLISE COMPARATIVA DAS TAXAS DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO PÓS-CESARIANA EM HOSPITAL TERCIÁRIO, OBTIDAS ATRAVÉS DE VIGILÂNCIA ATIVA PROSPECTIVA CONCORRENTE VERSUS VIGILÂNCIA ATIVA PROSPECTIVA PÓS-ALTA

Autor: SARA RODRIGUES KELLNER; Co-autores: AMANDA LIDIANA FRANÇA; GISLAINE CRISTHINA BELLUSSE; MARIA AUXILIADORA MANCILHA CARVALHO PEDIGONE

RESUMO

A Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) é um processo infeccioso que pode ocorrer em até trinta dias após as operações cesarianas. A permanência hospitalar pós-operatória é curta e geralmente a paciente não retorna ao hospital onde realizou o procedimento cirúrgico, evidenciando-se a importância da Vigilância pós-alta para obtenção de taxa real das infecções. Foi realizado um estudo prospectivo com 514 pacientes submetidas a cesarianas, que participaram da vigilância intra-hospitalar, e dessas, 256 participaram da vigilância pós-alta através de contato telefônico no 20 dia pós-operatório. Foram diagnosticadas 25 (9,77%) ISC após a alta hospitalar e 06 (1,17%) diagnosticadas na Vigilância intra-hospitalar.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares constituem-se em importante risco aos usuários de serviços de saúde. A portaria 2616/98 (MS, 1998 apud FERNANDES, 2000) que regulamenta as ações de controle de infecções hospitalares traz em seu Anexo II conceitos e critérios para diagnóstico de Infecção Hospitalar, que é definida como qualquer infecção adquirida após a internação ou mesmo após a alta, quando na mesma topografia em que foi diagnosticada a infecção comunitária for isolado um germe diferente, seguido de agravamento do quadro clínico do paciente; quando desconhecer o período de incubação do microorganismo e não houver evidência clínica/laboratorial no momento da admissão; considera-se, também, infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar 72 horas após a admissão e antes disso quando associada a procedimentos invasivos realizados previamente.

Dentre as infecções hospitalares, ganha destaque as Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) pela alta frequência, grande impacto na morbidade, tempo de internação e custos. É definida como um processo infeccioso que acomete tecido, órgão e cavidade abordada em procedimento cirúrgico. Pode ocorrer em até trinta dias após a cirurgia ou até um ano quando há implante de prótese (ROESBERG et al., 2003). A patogênese ocorre a partir do rompimento da barreira epitelial, são inoculados microorganismos com os fatores de virulência, vencendo o mecanismo de defesa local do hospedeiro (LACERDA, 2003), porém, a simples presença desses não definem a existência de infecção, já que esta é produto da entrada, crescimento e efeitos fisiopatológicos dos microorganismos sobre os tecidos orgânicos (MARTINS, 2001).

Segundo Lacerda (2003), critérios diagnósticos específicos são utilizados para identificação de ISC, recomendados pelo CDC em 1988; são classificadas em ISC superficiais (ou incisionais) e profundas. Outro critério foi estabelecido, em 1992, pela Surgical Wound Task Force que classificou as ISC em incisionais (superficiais e profundas) e em órgão/espaco. Os critérios diagnósticos são apresentados a seguir.

1- Infecção Incisional Superficial: envolve somente a pele ou tecido subcutâneo do local da incisão cirúrgica. Deve apresentar pelo menos um dos seguintes achados:

- drenagem purulenta da incisão superficial;
- cultura positiva obtida assepticamente do fluido ou tecido proveniente da incisão superficial;
- presença de pelo menos um dos seguintes sinais e sintomas de infecção: dor ou hipersensibilidade local, tumefação localizada, eritema, calor local, e abertura deliberada da incisão pelo cirurgião, exceto se a cultura for negativa;
- diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião, ou médico assistente.

2- Infecção Incisional Profunda: é considerada quando a infecção envolve estruturas profundas da parede, a fáscia e a camada muscular. A notificação ocorrerá quando for notado pelo menos um dos seguintes achados:

- drenagem purulenta de origem profunda da incisão, mas não de um órgão/espaco relacionado ao sítio cirúrgico;

- deiscência espontânea ou abertura deliberada pelo cirurgião, quando o paciente apresenta pelo menos um dos sinais e sintomas: febre (> 37,8 °C), dor ou sensibilidade local, exceto se a cultura da secreção for negativa;
 - abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos observada ao exame direto durante uma reoperação ou através de exame histopatológico ou radiológico;
 - diagnóstico de infecção incisional profunda pelo cirurgião ou médico assistente.
- 3- Infecção órgão/espaco (cavidade): envolve órgão ou cavidade abertas ou manipuladas durante o procedimento cirúrgico, com exceção da incisão de parede. Para a sua notificação é necessário que a infecção possa estar relacionada com o ato cirúrgico e mais um dos seguintes achados:
- drenagem purulenta através de um dreno colocado dentro do órgão/espaco;
 - cultura positiva colhida assepticamente de líquido ou tecido proveniente do órgão/espaco;
 - abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo órgão/espaco pelo exame direto durante uma reoperação, exames histopatológico ou radiológico;
 - diagnóstico de infecção feito pelo cirurgião ou médico assistente.

Nos EUA, os estudos do CDC demonstraram que, ocorrem em média 500.000 ISC por ano. Estas aumentam a média de permanência hospitalar em 7,4 dias com gasto de 400 a 2600 dólares por infecção (ROESBERG et al., 2003). Também são considerados, os danos causados ao paciente com o afastamento do convívio familiar, da atividade profissional, e os prejuízos econômicos, pois na maioria das vezes manifesta-se numa faixa etária em que o indivíduo é economicamente produtivo. É considerável ainda os processos litigiosos e a preservação da imagem do hospital como prestador de assistência de qualidade (OLIVEIRA et al., 2002).

A frequência das ISC tem sido utilizada como indicador da performance do hospital e dos cirurgiões, e o retorno dos resultados da Vigilância à equipe cirúrgica pode reduzir as taxas de infecções em até 35% (MARTINS et al., 2008).

Fernandes (2000) afirma que as infecções hospitalares envolvem aspectos: éticos, médicos, jurídicos, econômicos e sociais, pela sua abrangência e conseqüências, tomaram-se um problema de saúde pública, devendo ser estudadas sob o ponto de vista epidemiológico. A vigilância epidemiológica é definida como uma série de atividades planejadas e executadas com a finalidade de proporcionar informações para a identificação de casos de infecção hospitalar, determinando a topografia de infecção e os fatores de risco que contribuíram para isto, apresentando como objetivo a orientação para a realização de medidas de controle adequadas aos problemas identificados. Embora, vise o controle de infecção, acaba por melhorar a qualidade de assistência ao monitorar os processos e resultados. Utiliza-se vários indicadores, desde os gerais até os específicos para realizar o aprimoramento da qualidade de atendimento aos pacientes.

Couto e Pedrosa (2003) definem algumas técnicas de Vigilância que podem ser classificadas quanto ao tempo e quanto ao método. A vigilância prospectiva monitora o paciente para infecção hospitalar durante sua permanência e após a alta para algumas populações que recebem alta no período de incubação das infecções hospitalares (pacientes cirúrgicos e neonatos). A vigilância retrospectiva revê os dados após a alta hospitalar. Ambas têm igual sensibilidade na pesquisa, porém o prospectivo identifica epidemias mais facilmente, torna a equipe de controle de infecção hospitalar mais visível e o retorno das informações é mais rápido. Quanto aos métodos podem ser passivos ou ativos. No método de vigilância passivo, qualquer membro da equipe de assistência (médico, enfermeiro, técnico) relata a ocorrência de infecção, pode haver falha na identificação da infecção, na aplicação do critério diagnóstico e na notificação, é de baixa sensibilidade e especificidade, identifica corretamente apenas 14 a 34% das infecções. O método de vigilância ativo é quando alguém treinado usa diversas fontes para obter informações. Este método identifica corretamente 85 a 100% dos episódios pois segundo Fernandes e Fernandes (2000) utiliza várias pistas diagnósticas, como exames microbiológicos positivos, resultados de radioimagem associadas às informações da equipe de atendimento ou registros (prontuários), destacam-se: procedimentos invasivos, curva febril do paciente, mudanças nas características dos curativos, surgimento de secreção ou expectoração purulenta e introdução de novos antimicrobianos.

Uma boa estratégia quanto à extensão da busca é a busca após a alta hospitalar, se tornando essencial nas infecções de incubação mais longa ou em pacientes de curta permanência hospitalar. A forma de coletar dados tem sensibilidade e especificidade variáveis. Assim, é necessário conhecer os limites e alcance de cada tática e mantê-la constante ao longo do tempo, quando se comparam as taxas. Poderão ocorrer pseudoepidemias quando há mudança de tática, por exemplo, quando a busca é intra-hospitalar e passa a ser intra-hospitalar e extra-hospitalar (COUTO; PEDROSA, 2003).

Uma vez definida a necessidade e a possibilidade de implementação de um programa de vigilância após a alta é importante definir o método de seguimento do paciente e mantê-lo constante (APECIH, 2001) sendo que os mais utilizados atualmente são: retorno ambulatorial, contato telefônico e carta questionário (para médicos e pacientes), divergindo entre si a indicação e acurácia de cada um deles (OLIVEIRA; CIOŠAK, 2004). É importante que cada instituição adote aquele que melhor condiz com a sua realidade (infra-estrutura, recursos humanos, espaco físico) sem deixar de realizar algum tipo de vigilância (OLIVEIRA; CARVALHO, 2007).

Cerca de 19% a 65% das ISC são diagnosticadas após a alta hospitalar (RABHAE, 2000 apud FONSECA et al., 2005).

Diante disso, este estudo teve por objetivo identificar a taxa de ISC em pacientes submetidas a cesarianas no período pós-alta hospitalar através da vigilância ativa prospectiva pós-alta, para a realização de comparação e análise com a taxa de ISC durante o período de internação através da vigilância ativa prospectiva concorrente em um hospital terciário.

JUSTIFICATIVA

A Vigilância das infecções hospitalares é considerada de grande importância, pois possibilita o fornecimento de dados relacionados à situação do hospital e pode funcionar também como indicador de qualidade dos serviços prestados ao paciente.

De uma maneira geral, a infecção do sítio cirúrgico manifesta-se de quatro a seis dias após o procedimento (RABHAE et al., 2000) representando 24% das infecções hospitalares, sendo que, dessas, aproximadamente 8% ocorrem após operações cesarianas (COUTO, 1999; RICHTMANN, 1997 apud FERRÃO et al., 2001, p.55).

Considerando que a permanência hospitalar pós-operações cesarianas não excede os três dias de internação, a ISC raramente será diagnosticada durante o período de internação, mas sim após a alta hospitalar (APECIH, 1999). Quando a paciente recebe alta, geralmente não retorna ao hospital onde foi submetida ao procedimento cirúrgico, mas sim às Unidades Básicas de Saúde ou consultório médico, dificultando a obtenção de taxa real que é um dos componentes essenciais para a prevenção das infecções hospitalares na instituição de saúde (DANTAS, 2001).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo prospectivo concorrente e prospectivo pós-alta. A amostra foi composta por 514 pacientes submetidas a operações cesarianas do Sistema Único de Saúde, internadas na Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca, entre Maio e Agosto de 2008.

Após a admissão todas as pacientes foram acompanhadas diariamente, até a alta hospitalar pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Os dados foram coletados nos prontuários das pacientes, registros médicos e de enfermagem e, algumas vezes, realizado visita no leito hospitalar para avaliação da incisão cirúrgica, em relação à presença de infecção.

A vigilância pós-alta foi realizada por meio de contato telefônico no 20^o dia pós-operatório, e o número de tentativas para cada paciente se limitou em três ligações, com medição do tempo de cada ligação. Foi realizada visita no dia da alta hospitalar para preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, pelas participantes do estudo, com garantia de privacidade, sigilo e direito de retirar-se da pesquisa em qualquer fase, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Nesta ocasião as pacientes foram orientadas que receberiam a ligação no 20^o dia pós-operatório. Das 514 pacientes que participaram da vigilância intra-hospitalar, contactamos com 256 por telefone no 20^o dia pós-operatório para vigilância pós-alta. Aquelas pacientes que apresentaram ISC no intra-hospitalar não foram contactadas no 20^o dia, visto que já foram notificadas enquanto hospitalizadas. Durante o contato telefônico, foi utilizado impresso específico, o qual elaboramos especialmente para este trabalho que orientava as perguntas à paciente, tomando devido cuidado para evitar a indução nas respostas. Os questionamentos eram simples e objetivos e possibilitavam respostas de forma precisa sobre a incisão cirúrgica como: vermelhidão, calor no local, dor, febre (>37,8 °C), se realizada reoperação (por abertura espontânea da sutura), presença de pus no local da incisão e a descrição detalhada do seu aspecto, coloração, localização, quantidade e a necessidade de uso de antimicrobianos e de retorno médico.

Cabe ressaltar que foram acompanhadas as pacientes que realizaram operações cesarianas, somente para diagnóstico de infecção do sítio cirúrgico, não tendo sido aqui referido outras infecções, por não constituírem objetivo deste estudo.

Foram utilizados os critérios diagnósticos do CDC já descritos anteriormente para fechamento de diagnóstico de ISC.

Após obtenção dos resultados, foi realizada apresentação dos resultados e propostas que visem a diminuição das Infecções do Sítio Cirúrgico à equipe médica e enfermagem responsáveis pelo Centro Obstétrico e Maternidade da referida instituição.

RESULTADOS

A amostra estudada incluiu 514 pacientes submetidas a operações cesarianas, sendo que, dessas, 328 assinaram o termo de consentimento e 256 foram contactadas por telefone participando da vigilância pós-alta. Um total de 31 casos de ISC foram notificadas durante o período de estudo, 19,4% diagnosticadas durante a internação e 80,6% após a alta hospitalar. Em relação à ocorrência de ISC foram diagnosticados durante a internação 6 casos, com uma taxa de infecção de 1,17% (6/514) no intra-hospitalar, comparando-se com a taxa de ISC, detectada após a alta, esta foi de 9,77% (25/256), conforme Tabela 1.

Momento do diagnóstico	Amostra	ISC				Taxa de ISC	
		Casos	Total	%	Total	%	
Intra-hospitalar	514	6	31	19,4	100,0	1,17	
Após a alta	256	25		80,6		9,77	

Tabela 1 – Distribuição da Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) segundo o momento do diagnóstico e a taxa. Franca, 2008.

Dentre as 31 ISC diagnosticadas no período de estudo, um total de 24 (77,4%) foram classificadas (de acordo com os critérios do CDC) como Infecções Incisionais Superficiais, sendo que 1 (16,7%) foi diagnosticada no período intra-hospitalar e 23 (92,0%) foram diagnosticadas no período pós-alta; 7 (26,6%) foram classificadas como Infecções Incisionais Profundas, sendo que dessas, 5 (83,3%) foram diagnosticadas no período intra-hospitalar e 2 (8,0%) no período pós-alta; não foi diagnosticada nenhuma infecção classificada como Infecção de órgão/cavidade, conforme tabela 2.

Em relação à vigilância pós-alta, das 25 pacientes que desenvolveram ISC, 25 (100,0%) apresentaram secreção amarelada na incisão cirúrgica, 20 (80,0%) das pacientes apresentaram hiperemia ao redor da incisão; 18 (72,0%) apresentaram dor; 15 (60,0%) apresentaram calor no local da incisão; 14 (56,0%) relataram o uso de antibiótico; 16 (64,0%) das pacientes retornaram à avaliação médica (no próprio hospital e Unidades Básicas de Saúde). Apenas 1 (4,0%) paciente relatou reoperação.

Tabela 2 – Distribuição da Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC), segundo a classificação da ISC e o momento do diagnóstico. Franca, 2008.

Classificação da ISC	ISC				Total 100,0%	
	Intra-hospitalar		Após a alta		N	%
Superficial	01	16,7	23	92,0	24	77,4
Profunda	05	83,3	02	8,0	07	26,6
Órgão/espaco	-	-	-	-	-	-
Total	06	100,0	25	100,0	31	100,0

Observou-se, assim, um aumento importante da ISC quando a vigilância pós-alta foi realizada e isso traduz que os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) que não realizam a vigilância pós-alta subnotificam suas taxas, impedindo que medidas de controle e prevenção sejam

realizadas de forma eficaz. Estudo realizado por Ferrão et al. (2001) mostra que 100% das ISC de 90 pacientes submetidas a cesarianas foram detectadas em pacientes que já se encontravam no domicílio e após o retorno no ambulatório de egressos.

Porém, entendemos que apesar de possuir grande importância na vigilância do paciente cirúrgico, nem sempre é fácil de ser implantada, pois depende da estrutura da instituição, tipo de hospital, tipo de pacientes atendidos, infra-estrutura e recursos humanos disponíveis para a sua execução.

Alguns pontos merecem destaque sobre a avaliação dos métodos de vigilância pós-alta descritos na literatura e vivenciados neste estudo. Verificou-se na prática dificuldades relacionadas aos contatos telefônicos, pois houve uma perda de 258 (50,19%) por informações erradas do número telefônico, pacientes que não atenderam o telefonema por já terem retornado ao trabalho, telefones que são de parentes ou vizinhos, somente para recados e linhas desligadas. E ainda, dessas 256 pacientes, 168 (65,62%) atenderam a primeira tentativa de ligação com duração média de dois minutos e dois segundos para cada ligação, 60 (23,44%) atenderam a segunda ligação com duração média de um minuto e sete segundos e 28 (10,94%) atenderam a terceira ligação com duração média de um minuto e sete segundos, evidenciando que a busca ativa dos casos pós-alta é trabalhosa, demanda tempo e pessoal treinado para constituir um método seguro e confiável para diagnóstico de ISC.

Devemos ressaltar que os contatos telefônicos devem ser planejados, ter dia fixo para a sua realização impedindo o desgaste da equipe que executa a busca; devem ser padronizados, de forma que o impresso do questionário utilizado seja testado e validado pelo SCIH e as perguntas direcionadas às pacientes sejam objetivas, não induzindo as respostas. Sendo assim, o profissional que realiza a busca deve ser treinado segundo os critérios diagnósticos para que haja uma homogeneidade da conduta diante da notificação da ISC. Para ter garantia do número correto do telefone, este deve ser checado com cada paciente no momento em que se obtém o consentimento para a realização da ligação (OLIVEIRA; CIOSAK, 2004).

Adicionalmente, este tipo de Vigilância permite à paciente interpretar que a preocupação com a vigilância pós-alta não se baseia na "alta taxa de ISC da instituição", mas sim por representar um serviço de melhoria da assistência prestada, funcionando como um controle de qualidade do serviço prestado (OLIVEIRA; CIOSAK, 2004).

CONCLUSÃO

Através deste estudo, foi possível verificar o impacto da subnotificação da ISC, já que 80,6% dessas não teriam sido diagnosticadas sem a realização do seguimento pós-alta, e um potencial problema silencioso de controle de infecção poderia perdurar por muito tempo.

Este resultado é similar ao de vários estudos e permite aos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar reavaliar a importância da Vigilância pós-alta para obtenção de taxas mais confiáveis. Para hospitais que não possuem ambulatórios de egresso afirmamos a importância de realizar algum tipo de vigilância pós-alta conforme a sua realidade e recursos, tal método deve ser utilizado como forma de rotina, melhorando a compreensão epidemiológica das ISC, a prevenção, o controle através de educação continuada e a qualidade dos cuidados com a paciente.

A apresentação mensal dos resultados aos médicos e enfermeiros responsáveis pelos setores onde são realizadas a vigilância pós-alta também é de grande importância para conscientização desses profissionais e conseqüente diminuição das infecções hospitalares.

REFERÊNCIAS

- APECIH-Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Manual de Epidemiologia aplicada ao controle de Infecções em hospitais e Serviços de Correlatados. São Paulo: APECIH, 1999.
- APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Prevenção da Infecção de Sítio Cirúrgico. 2. ed. São Paulo: APECIH, 2001.
- COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. Epidemiologia Hospitalar. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap.6, p. 93-127.
- DANTAS, R.H.E. Incidência de Infecção do Sítio Cirúrgico de pacientes submetidos à parto cesárea: a importância da vigilância pós-alta. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V. Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares. In: FERNANDES, A.T. Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 78, p. 1402-1418.
- FERNANDES, A.T. Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000.
- FERRÃO, M. A. et al. Vigilância Epidemiológica de Infecção em Sítio Cirúrgico Pós-Cesárea. Rev. Médica HSPV, v.11, n.27, p.55-59, 2001.
- FONSECA,S.N.S.et al. Busca Pós-alta Telefônica. Revista de Controle de Infecção. Becton Dickinson. São Paulo, n.58, p. 01-03, ano 9.
- LACERDA, R.A. Controle de Infecção em Centro Cirúrgico: Fatos, Mitos e Controvérsias. São Paulo: Atheneu, 2003.
- MARTINS, M.A. Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção, Controle. 2.ed. Minas Gerais: Medsi, 2001.
- MARTINS, M.A. et al. Vigilância pós-alta das infecções do sítio cirúrgico em crianças e adolescentes em um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.24, n.5, maio. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008000500010&script=sciarttext&lng=es>. Acesso em: 22 ago. 2008.
- OLIVEIRA, A.C; CARVALHO, D.V. Avaliação da subnotificação da infecção do sítio cirúrgico evidenciada pela vigilância pós-alta. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n.5, p.992-997, set./out.. 2007.
- OLIVEIRA, A.C.; CIOSAK,S.I. Infecção de Sítio Cirúrgico no seguimento pós-alta: impacto na incidência e avaliação dos métodos utilizados. Rev. Esc. Enferm. USP, Ribeirão Preto, v.38, n.4, p-379-385, 2004.
- OLIVEIRA, A.C, et al. Estudo Comparativo do diagnóstico da infecção do sítio cirúrgico durante e após a internação. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.36, n.6, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102002000700009>. Acesso em: 22 ago. 2008.
- RABHAE, G. N.; RIBEIRO FILHO, N.; FERNANDES, A.T. Infecção do Sítio Cirúrgico. In: FERNANDES, A.T. Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.19, p. 479-505.

ROESBERG, J.S.K. et al. Prevenção da Infecção da Ferida Cirúrgica. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G.; NOGUEIRA, J.M. Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento. 3.ed. Rio de Janeiro: Medsj, 2003. cap. 27, p. 535-554.

T00192 - VALIDAÇÃO DE PROCESSO: FERRAMENTA PARA GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Autor: LAURA ALMEIDA GONÇALVES; Co-autores: ROSELI F. R. LEANDRO; ELIZABETH AKEMI NISHIO; NACIME SALOMÃO MANSUR
RESUMO

Objetivos: Avaliar a implantação do gerenciamento do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) no atendimento à Urgência e Emergência através da validação de processo.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo.

Resultados: As informações geradas podem ser eficientes para atender a população conforme suas características, detecção das necessidades internas, adequação dos recursos e capacitação dos profissionais.

Conclusão: A validação de processo é um apoio para legitimação dos trâmites do processo e traduz não apenas planos de controle, mas, propicia a produção constante de indicadores de desempenho e capacitação aos enfermeiros.

Palavra-chave: Humanização, Enfermagem, Validação de Processo, Acolhimento com Classificação de Risco

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo avaliar a implantação do gerenciamento do protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) no atendimento à Urgência e Emergência através da validação de processo. O protocolo de ACR fornece informações gerenciais importantes para tomada de decisão. Para organizar e obter melhores informações deste protocolo optou-se pela ferramenta validação de processo através do desfecho de cada caso em 100% dos atendimentos realizados.

O ACR foi implantado desde a inauguração do hospital em 18/09/06, conforme recomendação do Ministério da Saúde (MS) dentro do programa Humaniza SUS. É realizado nas 24 horas para todos os cidadãos que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram portas de entrada para o SUS.

O acolhimento é uma escuta qualificada e com capacidade de direcionar de maneira ética, resolutiva e dentro dos princípios do SUS, deve ser realizado durante todo o processo de atendimento, um profissional da enfermagem desempenha a função do primeiro acolhimento. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato ou mediado, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento com o direcionamento adequado para cada caso, é realizada pelo enfermeiro e seus objetivos, entre outros, são avaliar o paciente logo na sua chegada ao Pronto Socorro, reduzir o tempo para o atendimento médico com priorização do atendimento de acordo com a sua gravidade e informar os tempos de espera ao paciente e acompanhante. A identificação dos pacientes que necessitam de atendimento é um processo dinâmico cuja categorização por cores é adotada por ser uma ferramenta eficiente para a clareza e a facilidade de entendimento na organização do serviço. A prioridade deve ser realizada pelo potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pode ser vermelho com atendimento imediato, amarelo com atendimento até 30 minutos, verde para as prioridades legais e atendimento até 1 hora e azul com espera até 2 horas.

A validação de processo pode ser definida através do seu uso na indústria como um mecanismo ou uma atividade usada pela organização para assegurar que um processo, cuja saída não é totalmente verificável, seja capaz de fornecer de forma constante produtos que atendam às especificações.

Não existe uma definição simples e direta para o que seja a validação de processo. O FDA (Food and Drug Administration) define validação como sendo "uma evidência documentada estabelecida que fornece com um alto grau de confiança que um processo específico irá gerar de forma consistente um produto que esteja de acordo com especificações pré-determinadas e atributos de qualidade". A ANVISA, na RDC 210/03 que trata de Boas Práticas de Fabricação (BPF) segue uma linha semelhante: "Ato documentado que atesta que qualquer procedimento, processo, equipamento, material, operação ou sistema realmente conduza aos resultados esperados". Em um primeiro momento tais definições parecem objetivas e claras, contudo algumas dúvidas surgem em uma leitura mais crítica. Definições amplas são importantes para universalidade das aplicações, contudo, ao se criar um plano amplo demais corre-se o risco de perder o foco e gerar dúvidas no que se refere a aplicação prática de um conceito.

Uma resposta possível a questão da validação se encontra na própria RDC 210/03 no item 19.3.2 onde diz "Ao contrário de muitos outros requisitos da BPF, a validação por si só, não melhora os processos. Ela apenas pode confirmar ou não, dependendo do caso, que o processo foi adequadamente desenvolvido e que se encontra sob controle". Tal definição então trás a tona que a validação em si não é uma ferramenta de melhoria de processo, mas sim um indicador de que auxilia a melhoria.

Toda ferramenta tem um objetivo em sua aplicação e não é diferente o caso da validação. Espera-se, em um objetivo mais primordial, assegurar que o processo esteja ocorrendo da maneira como foi planejado e objetivado. Esta visão, contudo, é por demais simplista e perde uma riqueza de informações que podem ser obtidas.

Além disso, processos das mais diversas naturezas podem ser validados, independente desses, estarem relacionados ou não a produção de um produto. Dentro da definição do FDA onde há um enfoque apenas no produto obtido, tal situação não é vislumbrada, porém ao se considerar a definição ampla presente na RDC 210/03 da ANVISA é possível aplicar tal situação. Esta diferença pode se dar devido à definição do FDA datar de 1987 e a da ANVISA ser de 2003 já que é constante a evolução tanto da definição quanto da aplicação de conceitos relacionados com a melhoria.

É possível validar um processo como um todo ou então desmembrar este em seus diversos componentes e validá-los individualmente. A decisão sobre qual destas duas visões aplicar é dependente tão somente dos valores a serem agregados. Em alguns casos avaliar o produto final apenas é não só uma opção, mas a única viável.

Comumente há uma notória preocupação por parte das organizações em atender os critérios de conformidades estabelecidos. A validação também não deixa de ser um processo e, para tanto, também precisa ser validada ou renovada. Os critérios de validação devem passar pelo crivo da experimentação buscando a melhor adequação quanto aos recursos disponíveis pela empresa e ao atendimento às especificidades inerentes de cada processo ou produto.

Em linhas gerais, quando validamos um produto o processo da fabricação deste pode ser validado. Contudo, não se pode afirmar categoricamente que todo produto validado pressupõe que as etapas de seu processo sejam totalmente validadas e que não são passíveis de melhoria. O produto ao ser validado leva-se em conta as características de conformidade no final do processo (produto acabado), enquanto que o processo a ser validado norteia etapas do mesmo numa tentativa de racionalização e otimização de todo ciclo produtivo. É justamente nas etapas críticas de sucesso de cada processo que se indica - medir, monitorar e ajustar a melhor prática para a organização, propiciando uma maior efetividade na previsibilidade de conformidade e melhoria de produto final.

JUSTIFICATIVA

A validação deve ser um meio de apoio para legitimação dos trâmites operacionais, técnicos ou não, que traduza não apenas planos de controle, mas, que propicie a produção constante de indicadores de desempenho. O estudo e aperfeiçoamento na utilização da validação de processo como indicador é relevante por proporcionar ciclos de melhoria contínua e gerar informações importantes para tomada de decisão.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de caráter retrospectivo realizado em um hospital localizado na Grande São Paulo no período de setembro de 2006 a dezembro de 2008.

Desde a inauguração do serviço em 18/09/06, o gerenciamento do protocolo de ACR foi implantado e houve alterações ao longo dos anos devido a mudanças nas necessidades de informações.

O gerenciamento do protocolo do ACR ocorre por meio da validação de processo com avaliação do desfecho de cada caso. A validação escolhida foi a retrospectiva por ser realizada na revisão e análise histórica dos dados de processo (Não deve ser usada para produtos estéreis).

O enfermeiro locado no setor da Classificação de Risco realiza a validação no período noturno. Todas as fichas de atendimento das 0:00:00h a 23:59:59h são avaliadas e registradas em planilhas com os dados necessários. A validação do processo ocorre através de uma avaliação de todo o atendimento com foco no desfecho do caso. O enfermeiro relaciona o desfecho à classificação de risco inicial, considera a conformidade ao protocolo e a situação real do paciente. A avaliação pode ser conforme, conformidade mínima menor ou conformidade mínima maior. É avaliado como conforme quando a classificação de risco foi adequada à situação de agravo que se encontrava o paciente. A conformidade mínima menor onde o enfermeiro utilizou uma classificação menor, o que pode impactar de forma negativa no atendimento desse paciente, por ele apresentar um agravo que necessita de atendimento médico com maior rapidez. A conformidade maior fornece uma segurança ao paciente e ocorre quando o enfermeiro classifica o paciente como mais grave do que a situação real.

RESULTADOS

O processo de gerenciamento do protocolo de ACR ocorre desde sua implantação em 18/09/06. No início a auditoria avaliava 10% do atendimento para conhecimento do perfil e necessidades da população. Essa auditoria gerou informações para alteração do contrato de prestação de serviço junto à Secretaria Municipal de Saúde. Observou-se uma demanda maior de pacientes graves (vermelho) para especialidade de endocrinologia e a partir desses dados foi implantado o ambulatório de endocrinologia (Fig.1). Em cardiologia ocorreu uma concentração de pacientes graves e moderados (vermelho e amarelo), optou-se em iniciar as atividades do ambulatório por esta especialidade (Fig. 2). Os problemas respiratórios foram de gravidade menor (verde e azul), porém percebeu-se a necessidade de ações preventivas devido a sazonalidade dessas doenças. Foi elaborado um treinamento em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde sobre o "Protocolo de Doenças Respiratórias na Infância", para os enfermeiros da rede de atenção básica.

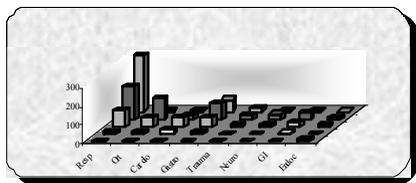


Fig. 1 - Classificação de risco por especialidade - Outubro 2006

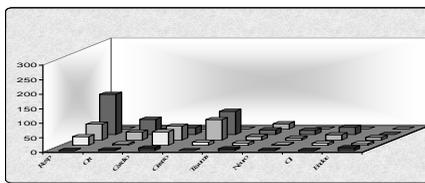


Fig. 2 - Classificação de risco por especialidade - Janeiro 2007

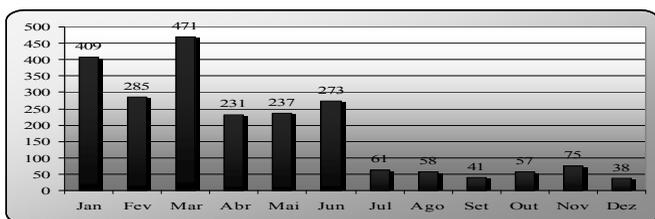


Fig. 3 - Fichas sem preenchimento da classificação de risco 2007

Em fevereiro de 2007, observou-se a necessidade de adequação do quadro para atingir a meta de classificação em 98%

dos atendimentos, além de treinamentos com toda a equipe de enfermagem e administrativa. A meta foi atingida no prazo de três meses após a implantação das ações. Em 2008 a meta a ser alcançada foi de 100% das fichas imprimidas para atendimento com classificação de risco, porém atingimos 99,91% (Fig. 3).

Em abril de 2007, foi implantado o gerenciamento do protocolo da classificação de risco com a validação de processo, além de manter as auditorias. Observou-se, após a implantação, o aumento da conformidade das classificações de risco realizadas pelo enfermeiro, com aumento de 76% em abril de 2007 para 96% em agosto de 2008 e manteve-se até dezembro de 2008, indicando uma melhor qualificação desses profissionais para desenvolver suas práticas diárias. Outro dado de grande relevância foi a redução de conformidades mínimas menor de 13% para 1%, sendo esta a classificação de maior preocupação devido o risco de complicações do paciente sem atendimento médico (Fig. 4 e 5).

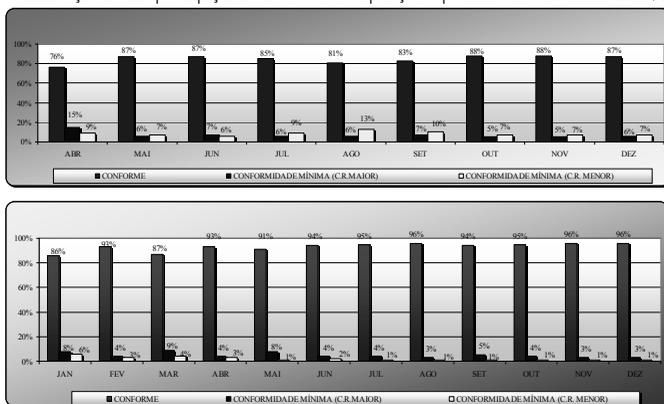


Fig. 4 – Validação da classificação de risco – 2007

A realização da validação pode ser considerada como treinamento, pois é revisado caso a caso e proporciona segurança ao enfermeiro para atuar em situações semelhantes.

Fig. 5 - Validação da classificação de risco - 2008

CONCLUSÃO

A validação de processo foi um meio de apoio para legitimação dos trâmites do processo e traduziu não apenas planos de controle, mas, propiciou a produção constante

de indicadores de desempenho e capacitação aos enfermeiros.

T00194 - A IMPORTÂNCIA DAS FERRAMENTAS DE QUALIDADE NO CONTROLE DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Autor: MARIA GABRIELA DA PAIXÃO CORIOLANO; Co-autores: JOSÉ APARECIDO MARTINHÃO; LILIANE FERNANDES SOARES; PAULO EDUARDO DE ANDRADE SOUZA

Resumo

O uso racional de medicamentos proposto pelo farmacêutico reduz custos, proporcionando ganhos terapêuticos e otimização de recursos. Além disso, o uso das ferramentas da qualidade na análise dos problemas de assistência farmacêutica demonstra a importância do profissional na equipe multidisciplinar para definir ações preventivas e corretivas.

Um estudo prospectivo forneceu a incidência de erros de medicação em prescrição durante 6 meses em UTIs do Hospital Santa Catarina. O resultado demonstrou que o processo foi estável e os erros predominantes foram diluição e posologia. Propuseram-se planos de ação como parametrização do sistema de prescrição eletrônica e participação mais efetiva do farmacêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica, Erros de Medicação, Ferramenta da Qualidade.

Introdução

A partir da Política Nacional de Medicamentos apresentada em 1998 foi definida a Assistência Farmacêutica no Brasil como: “Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”.¹ Tais ações implicam na necessidade de um profissional farmacêutico inserido na equipe multidisciplinar e também como gestor de logística da cadeia de medicamentos.

A promoção do uso racional de medicamentos por um farmacêutico requer poucos gastos com recursos humanos, materiais e financeiros. Pode, porém, proporcionar muitos ganhos terapêuticos e otimização de recursos, princípio que rege a Farmacoeconomia.

O uso de ferramentas de controle de qualidade proporciona uma ótima visão da importância do trabalho do farmacêutico, bem como um fator determinante no direcionamento de estratégias. Entre elas, pode-se destacar o diagrama de Pareto e as Cartas Controle.

Baseando-se nesses conceitos, o Serviço de Farmácia do Hospital Santa Catarina (HSC) instituiu um programa de análise de prescrições que consiste em verificar, monitorar e aplicar a intervenção, quando necessária, e mensurar os resultados através de ferramentas de qualidade, como Pareto e Carta Controle, que permite traçar metas e planos de ação a fim de melhorar o resultado do processo.

O diagrama de Pareto é uma forma especial do gráfico de barras verticais, que dispõe os itens analisados desde o mais frequente até o menos frequente. Tem como objetivo estabelecer prioridades na tomada de decisão, a partir de uma abordagem estatística. O gráfico de Pareto é usado sempre que for preciso ressaltar a importância relativa entre problemas ou condições, no sentido de:

- Escolher o ponto de partida para a solução de problemas;
- Avaliar o progresso de um processo;
- Identificar a causa básica de um problema.

A Carta Controle é uma ferramenta da qualidade originária do Controle Estatístico do Processo. Esta ferramenta é bastante complexa, pois envolve a coleta apropriada de dados do processo, a determinação da estabilidade do mesmo, o cálculo de limites de controle, o treinamento dos operadores que irão lidar com a Carta, e o preparo da empresa para que todos possam entender os sinais que a Carta Controle fornece.

Basicamente, é feita uma coleta de dados consecutivos, com uma amostragem apropriada. A partir destes dados são calculados os limites de controle, e com ele é montada a Carta. Em uma frequência a ser determinada, os operadores avaliam a característica estudada e completam a carta, analisando se estão se formando padrões que sinalizam que o processo está saindo do controle e pedem uma intervenção por parte do operador.

Justificativa

Demonstrar a importância da utilização das ferramentas da qualidade na identificação, mensuração e análise dos problemas relacionados ao processo de assistência farmacêutica para definição de ações preventivas e corretivas.

Métodos

Através de um estudo prospectivo foram coletados os dados nas unidades de terapia intensiva (UTI) do HSC: UTI Geral, UTI Cardiológica, UTI Neurológica, UTI Neonatal e UTI Pediátrica, totalizando 85 leitos, no período de julho a dezembro de 2008.

Os dados foram obtidos pela análise de prescrições das UTIs durante a visita dos farmacêuticos ao setor, excetuando-se os feriados e finais de semana. Deu-se importância para as intervenções farmacêuticas realizadas a partir da detecção de erros de medicação potenciais ou não, encontrados exclusivamente nas prescrições e não notificados voluntariamente por algum profissional da instituição. Esses erros foram divididos de acordo com a nomenclatura proposta pelo National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention², adaptada para a realidade do hospital. A classificação ficou da seguinte maneira:

- Interação fármaco x fármaco e fármaco x nutriente;
- Erros de diluição;
- Erros de via de administração;
- Erros de horário;
- Posologias indevidas;
- Medicamento inapropriado: indica que foi selecionado o medicamento inadequado ao paciente, como por exemplo, um fármaco para o qual ele é alérgico, a prescrição de medicamentos inadequados ao idoso, quando comprovadamente causam eventos adversos desnecessários a essa faixa etária, entre outros;

g. Erros decorrentes da falta de produto padrão: é o problema gerado quando o medicamento que faz parte do catálogo de medicamentos padronizados no hospital passa a faltar no mercado, de forma temporária ou não, necessitando de um substituto que, muitas vezes, não mantém as mesmas características do medicamento padrão. A Farmácia tem por função alertar o prescritor a respeito das opções disponíveis na instituição;

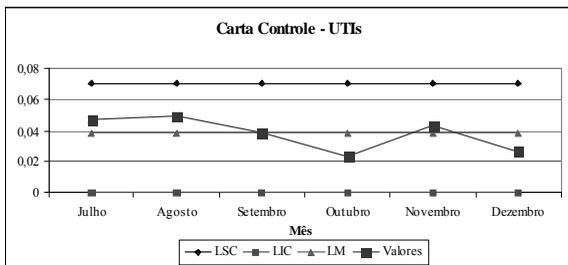
- Incompatibilidade físico-química;
- Omissão.

A análise englobou 100% das prescrições dos leitos ocupados nas UTIs, exceto as prescrições não feitas pelos médicos até o momento da visita do farmacêutico ou até mesmo quando o paciente entra em procedimento externo ao setor, onde o prontuário fica ausente na enfermaria. Vale reforçar que a análise foi transversal, ou seja, considerou apenas as prescrições existentes no momento da visita do farmacêutico, que foi de uma vez ao dia.

Quando o farmacêutico identificou uma incoerência de prescrição, o médico prescritor foi acionado e o farmacêutico sugeriu a alteração da mesma com base na literatura científica. Independente de a proposta ser aceita, o ocorrido foi registrado em formulário padronizado de evolução farmacêutica, bem como o resultado dessa interação com o médico. Como outro critério de qualidade, mensura-se também o grau de aderência às intervenções pela equipe multidisciplinar.

Os erros de medicação encontrados em prescrição foram analisados através da Carta Controle, de onde se observa os limites de intercorrências toleráveis para a amostra e a estabilidade do processo. Ao mesmo tempo, os tipos de erros de medicação foram visualizados por meio do gráfico de Pareto, ferramenta que aponta qual categoria deve ser priorizada quanto à criação de planos de ação de melhoria.

Resultados

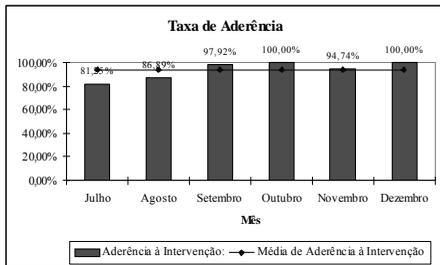


Analisando em primeira instância a Carta Controle geral, que leva em conta a amostra de todas as UTIs, observa-se uma tendência bastante próxima à linha média, ou seja, muito próxima ao limite considerado normal e girando em torno de 0,04 ocorrências ou 4 ocorrências por cento (gráfico 1).

Gráfico 1. Carta Controle que indica as ocorrências de erros de medicação identificadas por mês nas UTIs do Hospital Santa Catarina. Legenda:

Nota-se também que meses como outubro e dezembro chegaram a apresentar uma taxa de ocorrência ainda menor, próxima de 0,02 ou 2 ocorrências por cento. Isso traduz principalmente o efeito das ações investidas pela equipe de farmacêuticos nos meses anteriores quanto à parametrização do sistema de prescrição eletrônica e orientação à equipe multidisciplinar, principalmente a equipe médica.

No mês de novembro houve situações que levaram a um aumento de ocorrências, como a falta terapêutica de um determinado medicamento no mercado que levou à substituição do mesmo por um similar cuja relação princípio ativo/gota era diferente. Tal situação exigiu ações imediatas da equipe, promovendo orientações específicas com vistas a melhorar a performance, resultado alcançado já no mês de dezembro quando comparado aos meses anteriores.



Como a Farmácia Clínica ainda é uma área nova que está tentando se consolidar no Brasil, a conquista da confiança da equipe médica pode ser uma tarefa árdua. Considerando apenas o período do estudo, observa-se que a aderência às intervenções tem sido ótima, com uma média de 93,46% (gráfico 2).

Gráfico 2. Taxa de aderência à intervenção farmacêutica pela equipe multidisciplinar. Média de aderência à intervenção = 93,46%.

Analisando-se as ocorrências de erros no Gráfico de Pareto geral (gráfico 3), verifica-se que 79% das não conformidades relacionadas à medicação são provenientes de erros de diluição (47%) e posologia (32%). Para complemento da análise, decidiu-se desmembrar as ocorrências por setor, o que trouxe dados importantes para a seleção correta das ações a serem tomadas, bem como a visualização de propriedades características de cada um (gráficos 4-8).

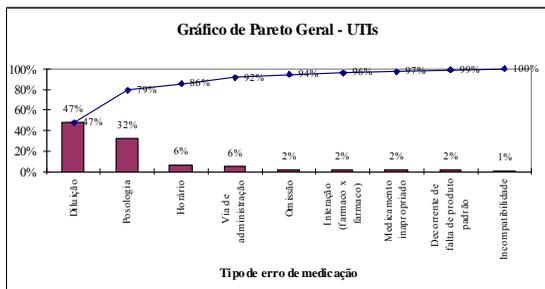
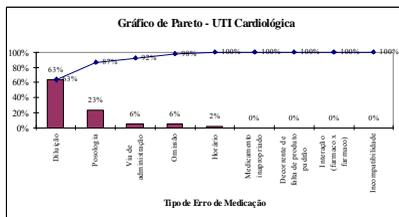
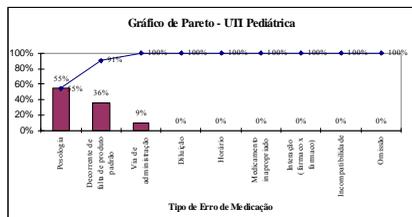
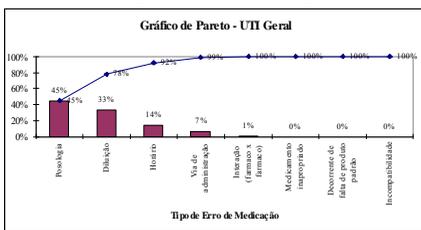
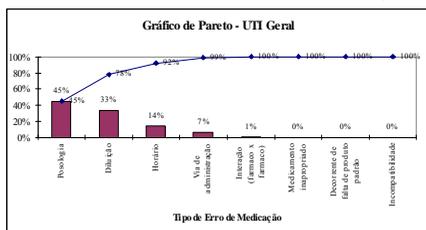


Gráfico 3. Gráfico de Pareto sobre as ocorrências identificadas quanto ao tipo de erro de medicação nas UTIs do Hospital Santa Catarina, no período de julho a dezembro de 2008. Legenda: UTIs = Unidades de Terapia Intensiva.

De um modo geral, os principais tipos de ocorrências nas unidades de terapia intensiva de pacientes adultos foram erros de diluição e posologia, com pouca variação da incidência entre eles (gráficos 4-6). Por outro lado, este comportamento não se confirma nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal, traduzindo a especificidade das mesmas no que tange a maior sensibilidade das medicações no tratamento de crianças e recém-nascidos



(gráficos 7 e 8). O número de ocorrências nestas unidades é muito menor (11 na UTI Pediátrica e 2 na UTI Neonatal) e estão ligadas principalmente à posologia, uma vez que ela é individualizada de acordo com a idade e o peso nesta faixa etária, à incompatibilidade físico-química e aos casos

decorrentes da falta de produto padrão. Por esse motivo, este trabalho apresentará algumas sugestões para melhorar a performance quanto às ocorrências de erros relacionados à diluição e posologia.

Gráfico 4. Gráfico de Pareto sobre as ocorrências identificadas quanto ao tipo de erro de medicação nas UTI Geral do Hospital Santa Catarina, no período de julho a dezembro de 2008. Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Gráfico 5. Gráfico de Pareto sobre as ocorrências identificadas quanto ao tipo de erro de medicação nas UTI Neurológica do Hospital Santa Catarina, no período de julho a dezembro de 2008. Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Gráfico 6. Gráfico de Pareto sobre as ocorrências identificadas quanto ao tipo de erro de medicação nas UTI Cardiológica do Hospital Santa Catarina, no período de julho a dezembro de 2008. Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Conclusões

A Carta Controle permite concluir que a análise de prescrição é um processo estável e necessita apenas de decisões gerenciais, enquanto o gráfico de Pareto evidencia que os erros de diluição e posologia devem ser os primeiros a serem tratados através de outras ferramentas da qualidade como Ishikawa ou Diagrama de Causa e Efeito, importante para analisar os problemas de acordo com as variáveis que possam estar envolvidas propondo soluções.

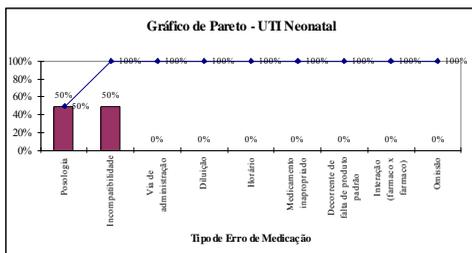


Gráfico 7. Gráfico de Pareto sobre as ocorrências identificadas quanto ao tipo de erro de medicação nas UTI Pediátrica do Hospital Santa Catarina, no período de julho a dezembro de 2008. Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

Os resultados estimularam a equipe de farmacêuticos a realizar um Brainstorming e algumas ações foram determinadas para a conquista de resultados ainda melhores, garantindo a segurança nas prescrições médicas e como consequência para o paciente. Entre elas pode-se citar:

- Educação continuada com a equipe multiprofissional através de treinamentos específicos.
- Criação de protocolos de administração medicamentosa a serem disponibilizados para consulta da equipe multiprofissional.
- Parametrização do diluente e volume compatíveis aos medicamentos no sistema de prescrição eletrônica, embora não impeça que este tipo de erro ocorra, pois o médico poderá alterar no momento da prescrição.
- Fornecimento de orientação específica para cada medicamento através da dispensação, por meio de etiquetas com orientação de preparo, diluição e administração, afixadas nos medicamentos.
- O preenchimento pelo farmacêutico da diluição a partir de protocolos de administração medicamentosa nos casos em que o médico prescreve o medicamento sem diluente e volume.

Referências

1Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria. Diário Oficial da União. Disponível em: <<http://www.arvisa.gov.br>>. Acesso em: 27 fev. 2009.

2About Medication Errors. Taxonomy. The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP); c1998-2009 [Acesso em 27 fev. 2009]. Disponível em <http://www.nccmerp.org/pdf/taxo2001-07-31.pdf>.

T00195 - IDENTIFICAÇÃO DE ANTIFÚNGICOS AZÓLICOS EM PRODUTOS MANIPULADOS POR CLAE-UV

Autor: BLANCA ELENA ORTEGA MARKMAN; Co-autores; MARIA REGINA WALTER KOCHTSCHAK; OLIVIA UESSUGUI; ROBERTA FIUSA MAGNELLI

Resumo

Os antifúngicos cetoconazol, itraconazol e fluconazol, são prescritos nas infecções sistêmicas causadas por fungos. Os medicamentos manipulados visam atender o tratamento individualizado sendo regulamentados pela RDC N 67. O Laboratório de Antibióticos do Instituto Adolfo Lutz recebeu cápsulas manipuladas de fluconazol para identificá-las. O método da USP-28 de quantificação de cetoconazol foi otimizado. Utilizaram-se padrões de miconazol, fluconazol, itraconazol, cetoconazol, secnidazol, tioconazol e metronidazol. Após o desenvolvimento cromatográfico, os tempos de retenção não foram semelhantes entre as cápsulas e os padrões. Concluindo-se que não era fluconazol o conteúdo das cápsulas. O sistema cromatográfico mostrou ser eficiente na identificação dos seis antifúngicos.

Palavras chaves: cápsulas, manipulados, antifúngicos, fluconazol, azólicos, CLAE-UV.

Introdução

Durante muitos anos têm sido desenvolvidos inúmeros fármacos antifúngicos entre eles os polienos e os azólicos que compreendem os imidazóis, representados pelo miconazol e cetoconazol, e os triazólicos que possuem estrutura semelhante, pertencendo a este grupo o itraconazol e o fluconazol 1. Estes têm as mesmas características de outros azólicos que possuem grande espectro de ação, baixa frequência de resistência primária, bons efeitos in vivo e não apresentam resistência secundária 1,2 .

A seletividade da ação antifúngica dos imidazóis é devido à interferência na biossíntese do ergosterol por meio da inibição da desmetilação do C-14 do esterol e o aumento dos C-14 metil intermediários como o lanosterol, compostos estes incapazes de promover o crescimento de leveduras. Com a diminuição do ergosterol que é o constituinte principal das membranas das leveduras, ocorre a perda do conteúdo intracelular como cátions, proteínas, aminoácidos e nucleotídeos, com alteração do mecanismo da glicose e o não aproveitamento de aminoácidos².

Estes fármacos são largamente prescritos para o tratamento de infecções sistêmicas causadas por fungos, principalmente em pacientes imunocomprometidos^{3,4}. Desde a sua introdução no mercado, tem sido reportado evidências de efeitos tóxicos associados ao uso, assim a incidência de hepatotoxicidade e nefrotoxicidade são induzidos por cetoconazol e itraconazol, respectivamente⁵.

A importância dos medicamentos manipulados é dada pelas necessidades diferenciadas de cada paciente, sendo o medicamento manipulado desenvolvido exclusivamente para atender a quantidade e a dosagem ideal para o tratamento, evitando desperdícios e diminuindo o custo do tratamento. A qualidade destes medicamentos vem sendo amplamente discutida e regulamentada por meio da Resolução RDC N 676 da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que instituiu as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano em Farmácias (BPMF).

As farmácias de manipulação apresentam limitações técnicas para o cumprimento dos regulamentos estabelecidos, no que concerne aos controles de qualidade de matérias primas, do processo de manipulação e do produto acabado, devido ao alto custo do investimento em equipamentos de laboratórios de controle e analistas qualificados.

Objetivo: Identificação do antifúngico Fluconazol em cápsulas manipuladas.

Material e Métodos

O Laboratório de Antibióticos do Instituto Adolfo Lutz (IAL) Central recebeu uma amostra constituída de 06 cápsulas manipuladas e identificadas como sendo o antifúngico Fluconazol, para verificação da identidade do produto.

O método empregado para análise das cápsulas, foi adaptado da Farmacopéia Americana – Edição 287 (USP-28) do ensaio de quantificação de cetoconazol comprimidos, com as seguintes modificações: utilização de uma coluna monolítica (Cromolith) de 10 cm com pré-coluna em fase reversa, com detecção em ultravioleta (UV) no comprimento de onda (λ) de 235 nm, com fluxo de 1,2 mL/min em sistema isocrático, temperatura de 25°C; a fase móvel utilizada constituída de uma mistura de (7:3) de dietilamina em metanol (1:500) e uma solução de acetato de amônio (1:200), e ajustado a pH de 5,6 com ácido acético glacial. O diluente utilizado foi a fase móvel. O equipamento utilizado foi Cromatógrafo Líquido de Alta Eficiência - HPLC – Shimadzu CLASS-VP10.

Padrões: Miconazol e Cetoconazol procedência da USP, e os padrões certificados: Metronidazol (base) da Fundação para o Remédio Popular, Tioconazol da Pfizer, Fluconazol da Medley, Itraconazol da Jansen Cilag e Secnidazol da Sanofi Aventis. Estes foram pesados e diluídos adequadamente com o diluente para uma concentração de 100 µg/mL, assim como o conteúdo individual das cápsulas também foram preparadas na mesma concentração teórica, e injetados 20 µL de cada. Os resultados obtidos estão expressos na Tabela 1. Resultados e Discussão:

Padrões de Antifúngicos/antiparasitário	Tempo de Retenção dos padrões (min*)	Cápsulas Analisadas	Tempo de Retenção das cápsulas (min*)
Miconazol	1,34	Cápsula 1	1,86
Fluconazol	1,42	Cápsula 2	1,86
Secnidazol	1,46	Cápsula 3	1,86
Cetoconazol	3,46	Cápsula 4	1,86
Tioconazol	6,32	Cápsula 5	1,86
Itraconazol	9,77	Cápsula 6	1,86
Metronidazol	1,83		

Tabela 1: Tempos de retenção dos antifúngicos Fluconazol, Itraconazol, Miconazol, Metronidazol (básico), Cetoconazol, Secnidazol, Tioconazol e das cápsulas analisadas no sistema cromatográfico coluna cromolith C18 de 10 cm com pré coluna, detecção em UV de $\lambda=235$ nm, fluxo 1,2 mL/min, a 25°C, sistema isocrático, fase móvel constituída de uma mistura de (7:3) de dietilamina em metanol (1:500) e uma solução de acetato de amônio (1:200) (*min – minutos)

Após o desenvolvimento das amostras e do padrão fluconazol, verificou-se que os tempos de retenção não foram semelhantes entre a amostra e o padrão, sendo este o parâmetro utilizado na identificação dos princípios ativos em cromatografia líquida de alta eficiência. Foram testados os outros padrões descritos no mesmo sistema cromatográfico. Conforme mostra a tabela 1 os tempos de retenção obtidos dos cromatogramas dos padrões miconazol, secnidazol, cetoconazol, tioconazol, itraconazol e metronidazol (nitroimidazol) foram diferentes da amostra constituída de cápsulas. O tempo de retenção do metronidazol (base) foi o que apresentou um valor mais próximo do tempo de retenção da amostra.

O sistema cromatográfico adaptado com as alterações mencionadas mostrou ter uma boa performance na diferenciação dos tempos de retenção e na simetria dos picos cromatográficos, possibilitando a identificação dos seis antifúngicos com estruturas químicas semelhantes, assim como o antiparasitário metronidazol com estrutura química diferente.

Este método poderá ser de escolha para análise de antifúngicos quando houverem queixas encaminhadas ao laboratório relacionadas com a identidade do produto, e após a sua validação também poderá ser utilizado para a quantificação em medicamentos manipulados ou industrializados.

Podemos concluir com certeza que o princípio ativo das cápsulas não era o fluconazol, devido a pouca quantidade do número de cápsulas e a indisponibilidade de outros padrões de antifúngicos e/ou de nitroimidazóis, não pudemos concluir a identidade do conteúdo das cápsulas.

A troca de fármacos durante a manipulação, é grave e pode acarretar consequências sérias. O Fluconazol é indicado para candidíase orofaríngea e esofaríngea, mas é ineficaz em pacientes infectados com quadro muito avançado de AIDS. Ele possui rápida absorção, alta biodisponibilidade por via oral e meia vida plasmática relativamente longa^{4,8}. Estas propriedades farmacológicas únicas permitem administração por via oral, uma vez por semana, o que é clinicamente vantajoso tanto para infecções sistêmicas como superficiais, favorecendo a aderência dos pacientes ao tratamento⁹. No caso da troca ter sido realizada, por outros nitroimidazóis, que entre os efeitos adversos apresentados inclui a supressão da imunidade celular, pode resultar no desenvolvimento da estomatite frequentemente associada ao crescimento excessivo de Cándida sp,

potencializando a doença para a qual foi prescrita o antifúngico Fluconazol, além de provocar mutagenese, carcinogenesis, distúrbios gastrointestinais, principalmente náuseas, gosto metálico, vômitos, diarreias ou constipação intestinal e glossite (inflamação da língua)10.

Nosso laboratório recebe amostras constituídas de matérias primas e produtos manipulados provenientes de farmácias de manipulação para avaliar possíveis desvios de qualidades sendo encaminhados pelos serviços de vigilância sanitária. Os resultados obtidos destas avaliações, assim como programas e projetos realizados com produtos manipulados¹¹ nos permite constatar que as farmácias de manipulação após a legislação específica para a área, ainda estão em processo de adaptação visando à adequação ao seu cumprimento. A implantação das Boas Práticas de Manipulação, permite avaliar, e rastrear todo o processo de manipulação, desde a qualificação do fornecedor de matérias primas até a obtenção do produto manipulado, desta maneira a fiscalização sanitária das farmácias de manipulação quanto ao cumprimento da RDC n° 6 de 08 de outubro de 2007 deve ter o mesmo rigor que tem na indústria farmacêutica no cumprimento das Boas Práticas de Fabricação, pois tanto os fármacos manipulados como os industrializados devem apresentar qualidade, eficácia terapêutica e segurança aos usuários, evitando riscos sanitários como intoxicações, reações adversas e até mesmo a falta de atividade farmacológica.

Abstract

The method adapted from USP-28 assay of ketoconazole tablets, that was used on the Azoles identification, was changed: particulated column for monolithic; detection at 235 nm; flow of 1.2 mL/min in isocratic system; temperature of 25 °C; Mobile phase of methanol and diethylamine (500:1) rather than disopropilamina and it was adjusted to pH 5.6 with glacial acetic acid and the mobile phase as diluent. Shimadzu HPLC CLASS-VP10 and standards Fluconazole, Itraconazole, miconazole, metronidazole (base), Ketoconazole, Secnidazole and Tioconazole, that were prepared in concentration of 100 mcg/mL, were used in this method. The contents solutions of each capsules were also prepared in concentration of 100 mcg/mL. After the development of chromatographic samples and standards, it appeared that the retention times were not similar between the capsules and standards. The chromatographic system has been proved extremely effective in the identifying of the six antifungal with similar chemical structures which showed different times of elution like the antiparasitic metronidazole, that has another chemical structure. This method may be choice for antifungal analysis when there were complaints related to the identity of the product.

Key-words: manipulated capsules, antifungal agents, fluconazole, azoles, HPLC-UV.

Referências Bibliográficas:

- 1- BENNET, JE – “Antimicrobial Agents” in Goodman and Gilman’s The Pharmacological Basis of Therapeutics. The MacGraw-Hill Companies, International Edition, 9ª Edição, Estados Unidos da América, 1996, p.1175-8.
- 2- MARTINDALE the extra pharmacopeia. 34ª ed. London: Royal Pharmaceutical Society, 2005, p.398-399.
- 3- Caillot D, Bassaris HA, McGeer AC, Arthur C, Prentice WS, De Beule K. Intravenous itraconazole followed by oral itraconazole in the treatment of invasive pulmonary aspergillosis in patients with hematologic malignancies, chronic granulomatous disease, or AIDS. Clin. Infect. Dis. 2001; 33: 83-90.
- 4- Boogaerts M A, Verhoef GE, Zachee P, Demuyneck H, Verbist L, De Beule K. Antifungal prophylaxis with plasma level. Mycoses 1989; 32 (1): 103.
- 5- Girois SB, Chapuis F, Decullier E, Revol BG. Adverse effects of antifungal therapies in invasive fungal infections: review and meta-analysis. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2005; 24: 119-130.
- 6- Brasil, Resolução RDC N° 67, de 08 de outubro de 2007. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). “Dispõe sobre Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em farmácias” –. Publicada no D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 09 de outubro de 2007.
- 7- UNITED States Pharmacopoeia. 28ª Ed. Rockville, United States Pharmacopoeial Convention, 2005, 1099 p.
- 8- Boucher AB, King RS, Wandschneider WI, Hanes DS, Herring IV, Canad WT, Hess MM. Fluconazole Pharmacokinetics in Burn Patients. Antimicrob. Chemother. 1998; 42 (4): 930-3.
- 9- Zanini A.C., Oga S. “Farmacologia Aplicada”. 5ª Edição, São Paulo: Atheneu Editora São Paulo: 1994, 533 p.
- 10- MARTINDALE the extra pharmacopeia. 34ª ed. London: Royal Pharmaceutical Society, 2005, 607 p
- 11- Markman, BEO; Koschtschak, MRW; Aurichiro, MT. Otimização e validação de método farmacopeico para avaliar possíveis desvios de qualidades de matérias primas e cápsulas manipuladas contendo hormônios tireoidianos”. Revista do Instituto Adolfo Lutz, 2007; 66 (3): 268-274.

T00196 - INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: GERENCIAMENTO DE PROTOCOLO DO USO DE ESTREPTOQUINASE

Autor: FRANCISCO DE ASSIS ALVES; Co-autores; ANA APARECIDA DE ANDRADE; MARIA APARECIDA ORSINI DE CARVALHO; SANDRA DE OLIVEIRA GUARE

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Protocolo do Uso de Estreptoquinase; Gerenciamento de Protocolo Clínico; Rede de Cuidados; Monitoramento; Redução de Riscos

RESUMO

Os autores descrevem a utilização da estreptoquinase nas primeiras doze horas de tratamento do paciente infartado nos serviços de saúde da região, analisam a conformidade com o protocolo clínico nos diversos municípios para os quais o Hospital Geral de Pirajussara é referência de urgência e emergência. Mostra diferentes resultados ressaltando a importância de melhorar a qualidade da linha de cuidado.

INTRODUÇÃO

O tratamento do infarto agudo do miocárdio deve contar com uma rede de atenção que remete o olhar para a necessidade de verificação do seu funcionamento: do tratamento preventivo ao atendimento pré e pós-hospitalar e, o gerenciamento das medidas propostas deve apontar medidas e resultados não apenas no interior da unidade hospitalar.

O tratamento do infarto agudo do miocárdio é um dos temas mais discutidos na cardiologia, tendo suas diretrizes bem estabelecidas em Consensos emitidos pelas diversas sociedades, dando conta da evidência científica disponível até o momento. O HGP implementa as recomendações da American Heart Association/American College of Cardiology na sua Unidade de Cuidados Intensivos desde sua fundação, obviamente fazendo as adaptações para as disponibilidades do local. Uma recomendação Classe IA, (reconhecida como útil/efetiva e com evidências resultantes de vários RCT ou Meta-análises) é a administração da estreptoquinase. Em caráter de monitoramento da sua implementação na nossa unidade, controlamos sua utilização nas primeiras 12 horas a partir da admissão e na alta.

JUSTIFICATIVA

É reconhecido na literatura o fato de que a mortalidade e os danos causados pelo Infarto Agudo do Miocárdio podem ser reduzidos com ações preventivas adotadas ao longo do atendimento prestado pelo serviço de urgência e emergência. Nesse sentido o serviço de cardiologia do Hospital Geral de Pirajussara vem atuando junto às equipes de urgência do próprio hospital e da rede de cuidados regional, para a utilização da estreptoquinase no tratamento do paciente infartado nas primeiras doze horas do atendimento.

O presente estudo mostra o monitoramento dos casos atendidos, e a conformidade dos procedimentos realizados com o protocolo de referência. O acompanhamento é fundamental para avaliar os processos assistenciais e os resultados obtidos, compartilhando as informações com os demais serviços que integram a região, para alinhar as práticas com as melhores referências.

A importância da INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO no HGP vem da própria definição da sua MISSÃO, VISÃO e VALORES. O hospital desde o seu nascimento definiu a importância do COMPROMISSO SOCIAL. Propôs ser parte integrante da construção do conhecimento do perfil clínico e epidemiológico e da regionalização do SUS.

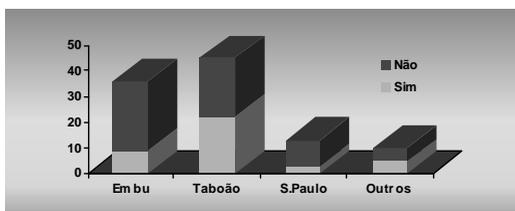
MÉTODOS

Revisamos os prontuários de todos os pacientes internados na UCI no período de 01/07/2006 até 31/12/2008, caracterizando, portanto, a descrição de uma série de casos.

RESULTADOS

Foram aferidas 104 internações no período por Síndrome Coronariana Aguda. Analisamos os registros nos prontuários da administração de estreptoquinase e observamos que dos 104 pacientes que tinham os critérios para serem trombolisados na rede de referência do HGPirajussara só 39 (37,5%) receberam trombolítico. O melhor resultado obtido foi o de Taboão da Serra, que aplicou em 48,85%. (ver tabela 1 e gráfico)

Município	Sim	Não	Total	% Realizada
Embu	09	27	36	25%
Taboão da Serra	22	23	45	48,85%
São Paulo	03	10	13	30%
Outros	05	05	10	50%
Total	39	65	104	37,5%



CONCLUSÃO

A implementação dos protocolos de tratamento tem sua utilidade comprovada. Cabe à instituição zelar para que seus pacientes recebam as medidas reconhecidas como úteis e efetivas. Na UCI não houve nenhum caso em que esta medida deixou de ser realizada na admissão, o que comprova uma boa adesão a este item do protocolo. No entanto, este estudo nos coloca a necessidade de aumentar vínculos e a adequação da rede o para a implementação desta medida. Na análise da origem dos pacientes pudemos observar a oportunidade de desenvolver ações focadas no desenvolvimento de uma política de consolidação da rede de assistência com o diagnóstico precoce e referências adequadas para o alto risco.

Este trabalho teve como seu melhor resultado o aumento dos vínculos horizontais com a rede de assistência de referência, organizando um Time de Resposta Rápida para o atendimento do IAM. Abriu-se a unidade de cardiologia do HGPirajussara para que nos casos de dúvida de conduta, os serviços possam passar diretamente o fax do eletrocardiograma e discutir o caso com a equipe do hospital. Por sua vez, o HGP propõe-se como parceiro na consolidação das melhorias alcançadas no atendimento aos pacientes infartados.

TO0197 - ESTRATÉGIA DE INCREMENTO DAS QUOTAS-PARTES DE CAPITAL COMO PARTE DA REMUNERAÇÃO DO MÉDICO COOPERADO.

Autor: ADRIANO LEITE SOARES

INTRODUÇÃO

A renda do cooperado tem uma dependência forte com o trabalho que este mantém com a empresa cooperativa, independentemente do resultado líquido do final de cada exercício, associado ao não relacionamento dos níveis de patrimônio líquido da empresa com o nível de atividade que a mesma mantém com seus negócios, faz com que as empresas cooperativas tenham um valor contábil do patrimônio bem inferior ao valor de mercado de seus ativos tangíveis e intangíveis, e ainda, associado à baixa mobilidade existente em relação às quotas-partes de capitais de cada cooperado, devido à legislação vigente, e a falta de preocupação de grande parte das sociedades cooperativas em uma adequada remuneração das quotas-partes de capital ao longo dos anos, faz com que, quando o cooperado se desliga da empresa, por ocasião da aposentadoria do cooperado ou de sua morte, ele recebe um valor pequeno que não permite seu sustento como fonte de aposentadoria, bem como para a manutenção de seus dependentes herdeiros.

O objetivo deste trabalho é o de discutir estratégias de incremento de capital de seus associados, com base na legislação vigente (lei 5764/71), de forma que sejam respeitadas as individualidades de cada cooperado, o nível de atividade e de renda escolhido pelo cooperado, bem como haja uma aproximação do valor dos ativos tangíveis e intangíveis da empresa cooperativa com o capital do social dos seus sócios.

O COOPERADO E O AÇIONISTA

Existem algumas distinções existentes entre um cooperado e um acionista de empresa não cooperativa que merecem ser explicitadas (ZYLBERSZTAJN, 1994):

- a) O cooperado pode ter sua renda fortemente atrelada à cooperativa ou esta pode ser vista como um canal de comercialização para seu produto, alternativamente a outras possibilidades. Em muitos casos a cooperativa é o único canal de escoamento de seu produto;
- b) Em geral, a renda do cooperado não depende significativamente da divisão das sobras no final do exercício. Parte dessas sobras é retida por lei, sendo limitado o acesso do cooperado a elas, mesmo em caso de desligamento da cooperativa;
- c) O acionista de uma empresa, mesmo que minoritário, está interessado no desempenho da corporação, com a qual em geral não tem negócios, ou seja, seu retorno depende da valorização do capital e dos eventuais lucros a serem distribuídos;
- d) existe grande liquidez de suas ações, maior se a empresa tiver capital aberto. Diferentemente do cooperado, a qualquer momento, o acionista pode deixar a sociedade a custo mínimo.

Segundo o inciso III, do artigo 4º da Lei 5764/71:

“Art. 4º. – As Cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

VII. retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral.”

AS EMPRESAS COOPERATIVAS

O desafio das estruturas cooperativas modernas é manter seu papel de sistema produtivo centrado no homem e, ao mesmo tempo, desenvolver organização capaz de competir com empresas de outras naturezas com orientação para o mercado (ZYLBERSZTAJN, 1994).

As sociedades cooperativas têm como seu objetivo a eliminação dos intermediários, barateando os custos e diminuindo preços pela racionalização e operação em grande escala (HIRIART, 2000).

As empresas cooperativas não têm fins lucrativos e têm como objetivo prestar serviços aos seus associados. O capital para estas organizações é um meio e não uma finalidade, não podendo ser transferido a outra pessoa, sendo resgatado por ocasião do desligamento da cooperativa, ou de sua morte. Em alguns ramos do cooperativismo, é facultado, por meio de seu estatuto social, a retirada anual de parte capital de cada cooperado, como por exemplo nas cooperativas de crédito..

Segundo o inciso III, do artigo 4º. da Lei 5764/71:

“Art. 4º. – As Cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

II. variabilidade do capital social, representado por quotas-partes;

IV. inacessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade.”

Ainda segundo prerrogativas legais, ao capital do associado só é permitido o pagamento de no máximo 12 % ao ano, em termos de remuneração (Lei 5.764/71), o que representa uma taxa de juros acumulada ao mês de 0,95 %.

“Art. 24 – O capital será subdividido em quotas-partes, cujo valor unitário não poderá ser superior ao maior salário mínimo vigente no País.

§3º. É vedado às cooperativas distribuírem qualquer espécie de benefício às quotas-partes do capital ou estabelecer outras vantagens ou privilégios, financeiros ou não, em favor de quaisquer associados ou terceiros, excetuando-se os juros até o máximo de 12% (doze por cento) ao ano que incidirão sobre a parte integralizada.”

Com esta baixa remuneração sobre o Capital, não há incentivo para a capitalização destas empresas, associada ao fato de que as sobras anuais, bem como os prejuízos, se existirem, tem que ser destinados pela Assembléia Geral Ordinária ao final de cada exercício, não podendo ser acumulado anualmente, faz com que o valor do Capital Social destas instituições seja pequeno em relação aos volumes de recursos e a geração de caixa que essas empresas muitas das vezes possuem.

Para as Cooperativas, deve-se entender o patrimônio líquido como a soma do capital integralizado, fundos e sobras do exercício. E estes terão, segundo Panzutti (2000), a seguinte definição:

- a) O capital integralizado é variável, ou seja, divisível entre os associados;
- b) Os fundos, tanto os obrigatórios quanto os instituídos em Assembléia, são indivisíveis; e
- c) As sobras têm sua origem nas taxas antecipadas pagas pelo produtor.

No quadro abaixo, encontra-se demonstrado o valor do Capital Social, do Patrimônio Líquido e das Receitas Líquidas de Vendas, de uma Cooperativa de Trabalho, do ramo de Assistência Médica, em milhares de reais.

Como pode ser verificado no quadro acima, não há uma relação entre os valores do capital social e a receita líquida de vendas, bem como os valores do patrimônio líquido e a receita líquida de vendas.

Em 1994, o valor do Capital Social de cada Cooperado era de R\$ 600,00 (seiscentos reais), e ao final de 2007, com 233 Cooperados, o valor médio do Capital Social passou a ser de R\$ 5.545,74 (cinco mil, quinhentos e quarenta e cinco reais e setenta e quatro centavos), sendo que grande parte deste incremento foi devido à capitalização do cooperado e não a pagamento de juros sobre o Capital e nem distribuições de sobras.

ANO	Capital Social	Patrimônio Líquido	Receita Líquida de Vendas
1994	R\$ 38	R\$ 9	R\$ 2.474
1995	R\$ 18	R\$ 78	R\$ 11.224
1996	R\$ 36	R\$ 315	R\$ 21.631
1997	R\$ 47	R\$ 112	R\$ 27.123
1998	R\$ 47	R\$ 450	R\$ 29.043
1999	R\$ 45	R\$ 678	R\$ 41.248
2000	R\$ 45	R\$ 803	R\$ 46.652
2001	R\$ 154	R\$ 1.080	R\$ 44.767
2002	R\$ 390	R\$ 839	R\$ 45.890
2003	R\$ 451	R\$ 913	R\$ 51.458
2004	R\$ 589	R\$ 1.120	R\$ 59.752
2005	R\$ 872	R\$ 1.012	R\$ 73.188
2006	R\$ 1.234	R\$ 1.731	R\$ 86.218
2007	R\$ 1.292	R\$ 2.914	R\$ 96.804

Quadro I – Capital social, patrimônio líquido e receita líquida de vendas durante o período de 1994 a 2007, em milhares de reais.

ANO Integralização de Quotas de Capital Sobras do Ano Anterior

Isto significa dizer que após 14 anos de trabalho, houve uma valorização da quota-parte média dos cooperados de R\$ 392.642,68 (trezentos e noventa e dois reais, seiscentos e quarenta e dois reais e sessenta e oito centavos), representando 43,65 % do valor do capital social,

o que significa dizer que a remuneração das quotas-partes de capital, ao longo de todo este período, foi de 2,62 % ao ano, que se pelo lado da empresa revela um custo de capital extremamente baixo, pelo lado do cooperado, torna-se extremamente desvantajoso a injeção de recursos de capital na cooperativa.

Com isto cada cooperado deixaria a empresa, em seu desligamento com menos de R\$ 6.000,00 (seis mil reais), independente se a empresa tenha um valor de ativos bem superior ao seu valor patrimonial.

ANO	Integralização de Quotas de Capital	Sobras do Ano Anterior Incorporadas nas Quotas Capitais
1994	38.216,24	0,00
1995	24.058,95	0,00
1996	17.764,75	0,00
1997	11.101,14	0,00
1998	860,84	0,00
1999	(2.750,40)	0,00
2000	(704,34)	0,00
2001	4.809,75	105.152,13
2002	7.298,58	228.974,05
2003	16.045,31	0,00
2004	138.124,89	0,00
2005	224.506,20	58.516,50
2006	362.366,84	0,00
2007	57.816,19	0,00
TOTAL	899.514,94	392.642,68

Quadro II – Quotas-partes integralizadas, ano a ano, e sobras incorporadas ao capital social, no período de 1994 a 2007, e sobra a ser incorporada em 2008, em reais.

Quadro II – Quotas-partes integralizadas, ano a ano, e sobras incorporadas ao capital social, no período de 1994 a 2007, e sobra a ser incorporada em 2008, em reais.

	Capital Social	Ativos Totais	PERCENTUAL
1994	38.216,24	448.598,94	8,52%
1995	62.275,19	1.170.674,55	5,32%
1996	80.039,94	2.782.553,20	2,88%
1997	91.141,08	2.675.331,19	3,41%
1998	92.001,92	3.600.281,40	2,56%
1999	89.251,52	5.415.890,49	1,65%
2000	88.547,18	8.112.671,94	1,09%
2001	198.509,06	7.306.918,99	2,72%
2002	390.415,29	9.539.959,64	4,09%
2003	450.827,00	11.202.987,68	4,02%
2004	588.951,89	13.380.863,26	4,40%
2005	871.974,59	29.019.101,05	3,00%
2006	1.234.341,43	32.319.541,64	3,82%
2007	1.292.157,62	37.330.789,37	3,46%

Quadro III – Comparação entre o capital social e os ativos totais, no período de 1994 a 2007, em reais.

	Patrimônio Líquido	Ativos Totais	PERCENTUAL
1994	8.995,28	448.598,94	2,01%
1995	78.475,40	1.170.674,55	6,70%
1996	314.738,46	2.782.553,20	11,31%
1997	112.302,66	2.675.331,19	4,20%
1998	449.945,32	3.600.281,40	12,50%
1999	678.092,73	5.415.890,49	12,52%
2000	802.569,50	8.112.671,94	9,89%
2001	1.079.967,41	7.306.918,99	14,78%
2002	839.240,39	9.539.959,64	8,80%
2003	913.085,56	11.202.987,68	8,15%
2004	1.120.053,39	13.380.863,26	8,37%
2005	1.012.364,11	29.019.101,05	3,49%
2006	1.731.240,13	32.319.541,64	5,36%
2007	2.914.177,96	37.330.789,37	7,81%

Quadro IV – Comparação entre o patrimônio líquido e os ativos totais, no período de 1994 a 2007, em reais.

Sem levar em consideração de que, em não havendo a preocupação de uma adequação contínua de quotas capitais, com os níveis de atividade da empresa, isto, é uma capitalização contínua, quer seja pela efetiva contribuição de seus associados adquirindo quotas-partes, ano a ano, ou pela destinação de parte ou do todo de suas sobras anuais, a serem incorporadas nas quotas-partes de seus associados.

Desta forma, haveria valoração dos cooperados mais antigos, que acreditaram na empresa, em seu início, e a fizeram crescer, como fruto de seu trabalho, ao longo dos anos de crescimento da cooperativa, pois segundo determinação legal, é vedada a cobrança de valores diferenciados, dos estabelecidos para a quota-parte, dos novos associados, a título de compensação das reservas conseguidas ao longo da existência da sociedade cooperativa, visto que essas reservas, são destinações legais, de parte do excedente cobrados pelas taxas de serviços.

“Art. 37 – A cooperativa assegurará a igualdade de direito dos associados, sendo-lhes defeso:

II. cobrar prêmios ou ágio pela entrada de novos associados ainda a título de compensação das reservas.”

Os fundos de reservas são obrigatórios e retirados das sobras, antes de ser destinados pela Assembléia geral Ordinária, e segundo o inciso VIII, do artigo 4º da Lei 5764/71, são indivisíveis.

“Art. 28 – As cooperativas são obrigadas a constituir:

I. Fundo de Reserva destinado a reparar perdas e atender ao desenvolvimento de suas atividades, constituído com 10% (dez por cento), pelo menos, das sobras líquidas do exercício;

II. Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, destinado à prestação de assistência aos associados, seus familiares e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa, constituído de 5% (cinco por cento), pelo menos, das sobras líquidas apuradas no exercício.”

Além disto, por ocasião da dissolução da cooperativa, quer seja por deliberação da assembleia, quer seja por liquidação judicial, são obrigações dos liquidantes:

“Art. 68 – São obrigações dos liquidantes:

VI. realizar o ativo social para saldar o passivo e reembolsar os associados de suas quotas-partes, destinando o remanescente, inclusive o dos fundos indivisíveis, ao Banco Nacional de Crédito Cooperativo S.A.”

As sobras ou perdas são originárias da taxa de serviço. Uma taxa de serviço muito elevada resultará em sobras, pois o valor retido nas operações dos cooperados foi maior do que o necessário para o pagamento das despesas. Uma taxa de serviço muito baixa resultará em perdas, pois o montante retido nas operações dos cooperados não foi suficiente para cobrir as despesas (Hirari, 2000).

Apesar da Empresa Cooperativista, devido a sua natureza econômica, não busca a valorização de seu capital, mas uma valorização do produto (seja agrícola, industrial ou fruto de um trabalho) que realiza, porém toma-se imperativo que um dos objetivos da empresa cooperativa seja a geração de excedentes. Tal comportamento impõe-se porque essas cooperativas atuam num mercado capitalista, em que se exigem eficiência e competitividade e ajuste às exigências de seus associados (Panzutti, 2000).

Uma das peculiaridades das empresas Cooperativas é a interpretação do significado das sobras. Muitas vezes, erroneamente, sobras elevadas são tomadas como indicadores de eficiência, justamente por serem confundidas com os lucros das empresas não cooperativas. As sobras nas empresas cooperativas são taxas antecipadas do associado, fruto das operações ocorridas durante o ano (Panzutti, 2000).

Nas empresas cooperativas, como os usuários são seus próprios clientes, não teria sentido obterem lucro de si próprios. As empresas cooperativas cobram apenas o preço de custo, rateado entre os cooperados em proporção à utilização desses serviços e quando há retorno, este nada mais é do que o excesso do custo cobrado, não se confundindo com o lucro (Panzutti, 2000).

CONTRATAÇÃO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA

A contratação de benefícios aos cooperados do tipo de previdência privada faria com que o valor pago a cada cooperado, em sua aposentadoria fosse o mesmo, independentemente se este cooperado tivesse tido, durante os seus anos de atividades, uma participação maior de trabalho, e com isto uma remuneração maior.

Segundo a Lei 5.764/71:

“Art. 4º - As cooperativas são sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídicas próprias, de natureza civil, não sujeitas à falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

VII. retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado(...)

Vale ressaltar que tanto as sobras, quanto os prejuízos são divididos ao final de cada exercício, conforme o trabalho que cada cooperado produziu junto a cooperativa, logo cooperados que tem maior atividade, receberam mais em existindo sobras, ou pagaram mais, no caso de haver prejuízo.

Desta forma, espera-se que o acúmulo de riqueza de cada cooperado seja diferente durante o tempo de associação junto à Cooperativa, visto que além de haver diferenças quanto ao tempo de associação à cooperativa, há diferenças em relação à produtividade de cada cooperado com a empresa. Quem produz ou trabalha mais com a empresa, tem direito a um maior percentual no caso de sobras, mas também tem deveres caso haja insuficiência de saldos durante o exercício, e esses ajustes são realizados anualmente, visto que não há acúmulo de sobras (lucros), ou de prejuízos contábeis.

CRIAÇÃO DE FUNDO

Segundo PANZUTTI (2000), criar fundos onera mais os cooperados, pois para tal a cooperativa terá que aumentar sua taxa de serviços, onerando mais os preços dos produtos no mercado, e uma vez criados, estes fundos pertencem à cooperativa e não ao cooperado, pois são indivisíveis.

Se for considerado, que um indivíduo ao se aposentar necessita de um valor adequado de renda vitalícia para o seu sustento e sobrevivência, e que o padrão de vida de cada pessoa é intrinsecamente relacionado ao seu ganho mensal, a igualdade que ocorreria com a criação de um fundo

Alguns cooperados poderão ao longo de sua permanência na Cooperativa, ter variados níveis de atividades para com a empresa. Em uma fase inicial da carreira, é esperado que o Cooperado tenha pouco nível de atividade com a Cooperativa, e ao longo dos anos de permanência, há um aumento dos níveis de trabalho, deste Cooperado com a empresa.

Porém variados níveis de inter-relacionamento entre cooperado e cooperativa se formam durante a vida em comum, e seria impossível prever qual seria um valor justo de remuneração ao final de sua vida de trabalho.

Da mesma forma, determinar um valor médio de prêmio oneraria a cooperativa para aqueles cooperados que mantiveram baixo nível de atividade com a empresa, pois como relatado anteriormente, o pagamento de uma previdência privada para todos os cooperados iria causar aumento da taxa de serviço e com isto iria onerar todos os cooperados de forma semelhantes, tanto os que mantivessem altos níveis de serviços com a cooperativa, quanto os que não o fizessem.

PAGAMENTO DE JUROS AO CAPITAL

Mesmo que haja o pagamento de juros ao capital, este conforme dito anteriormente, teria um custo de oportunidade bem inferior ao de mercado e não haveria a possibilidade de pagamento de bonificação ou de dividendos, visto que conforme relatado anteriormente e por determinação legal, não é permitido o pagamento de vantagens a quotas-partes dos cooperados, exceto juros sobre o capital em 12 % ao ano.

Como são empresas que tem dissociação entre o nível de atividade e o capital, sendo, portanto empresas com graus de endividamentos superiores ao de empresas não cooperativas, a remuneração somente do capital em 12 % não supriria em toda a sua essência a necessidade de acúmulo de capital para a previdência privada de cada cooperado.

REMUNERAÇÃO DO CAPITAL E INCORPORAÇÃO DAS SOBRES NO CAPITAL

Conforme relatado anteriormente, segundo ZYLBERSZTJAJN (1994), o cooperado tem, em sua grande maioria, sua renda fortemente atrelada à cooperativa e em muitos casos, é a grande fonte de sustento e de trabalho do associado, e em geral, a renda do cooperado não depende significativamente da divisão das sobras no final do exercício. Parte dessas sobras é retida por lei, sendo limitado o acesso do cooperado a elas, mesmo em caso de desligamento da cooperativa, que correspondem os fundos legais, os fundos estatutários, ou os fundos criados com fins específicos nas Assembleias Gerais.

Ao se observar as sociedades cooperativas, ao longo de sua existência, encontram-se dois pontos distintos:

a) Um inicial, compostos pelos sócios fundadores da empresa, onde o sentimento de empreendedorismo toma conta e o nível de atividade da cooperativa é pequeno ou talvez até inexistente, e o valor do patrimônio líquido representa com mais fidelidade o valor de mercado de uma empresa qualquer que fosse realizar os seus ativos tangíveis e intangíveis;

b) Quando da maturação, onde devido às características próprias, inerentes ao próprio sistema cooperativista, o nível de capital social, não representa o volume de recursos movimentados pela empresa, bem como não representa de forma fidedigna o valor de seus ativos. Neste ponto, se não houver uma valoração adequada das quotas-partes de capital ao longo dos anos necessários para a estabilidade ou para atingir este nível, o custo de entrada de novos cooperado, que deverão integralizar quotas-partes de capitais padrões e pré determinadas em Assembleia Geral, será muito menor do que o custo de entradas dos cooperados pioneiros, quando da fundação da empresa.

Vale ressaltar que conforme a Lei 5.764/71:

"Art. 37 – A cooperativa assegurará a igualdade de direito dos associados, sendo-lhes defeso: II. cobrar prêmios ou ágio pela entrada de novos associados ainda a título de compensação das reservas."

Apesar de as sobras das empresas cooperativas não poderem ser comparadas aos lucros das empresas não cooperativas, visto que essas sobras advêm das taxas de serviços, que são na verdade antecipadas pelo associado, fruto das operações ocorridas durante o ano de exercício (Panzutti, 2000), deveria se buscar uma sobra líquida anual, que permitisse tanto o pagamento de juros ao capital permitido pela legislação vigente, bem como que houvesse uma distribuição dos excedentes e a integralização dos mesmos no capital social de cada cooperado.

Desta forma, o cooperado ia constituindo, paulatinamente, uma reserva pessoal capaz de prover seu sustento, quando a força de trabalho não fosse suficientemente grande para permitir o ganho através de sua atividade laborativa.

Quando as pessoas são jovens, normalmente elas estão em uma fase de formação de capital, onde sua principal virtude é a força de trabalho, e com isto elas possam prover o seu sustento e o seu desenvolvimento.

Como as sobras anuais de cada exercício são distribuídas de acordo com a atividade que cada cooperado mantém com a empresa cooperativa, o associado iria ao longo de seus anos como cooperado, incrementando seu capital pessoal, fazendo com que após alguns anos, quando a força laborativa já não é a principal característica daquele cooperado, ele pudesse usufruir do patrimônio acumulado durante seus anos de trabalho.

Desta forma, ter-se-ia sempre a remuneração dos associados, quer seja pelo pagamento de juros ao capital existente, quer seja pelo seu trabalho junto à cooperativa.

Ao se analisar o exemplo dado onde após 14 anos de atividade da empresa, o valor que cada cooperado retiraria para sua sobrevivência, após a diminuição do seu nível de trabalho junto à cooperativa, seria de pouco mais de cinco mil reais, havendo o mesmo integralizado cerca de seiscentos reais, por ocasião da entrada do mesmo, e, sendo que cerca de 69,61 % desse valor foi capitalizado pelo próprio associado, e que somente 30,39 % deste valor, foi riqueza agregada pela empresa, em decorrência das sobras ocorridas pelas atividades desenvolvidas pela cooperativa.

Como são empresas que não visam o lucro, remunerar seus associados em níveis mais elevados do que o mercado concorrente, porém sem uma política de capitalização adequada, os valores de resgate das quotas-partes de capital dos cooperados permaneceram os mesmos de quando eles entraram na sociedade.

A cooperativa pode criar formas de remuneração de seus produtos ou trabalho, acima dos níveis de mercado e ainda permitir que haja sobras suficientes ao final de cada exercício social, sendo essas sobras incorporadas ao capital social, para que o seu associado também conseguisse ter, no momento de sua aposentadoria, uma fonte de renda vinculada ao valor que foi agregado durante os anos de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – Legislação. Publicação eletrônica. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/legislação>>. Acesso em: 31/05/2007.

BANCO CENTRAL DO BRASIL - Sistema gerenciador de séries temporais. Publicação eletrônica. Disponível em <<http://www4.bcb.gov.br/?SERIESTEMP>>. Acesso em: 31/05/2008.

BRASIL. Lei no. 5764, de 16 de novembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Lex: Legislação federal e marginalia, São Paulo, v. 35, p. 1628-1648, 1971.

HIRIART, M. M. M. - Cooperativismo: primeiros passos. In: Zangheri, E.

laine, et al. Cooperativa: uma empresa participativa. Coleção Orientação, n. 2, 2000, São Paulo, OCESP, 129p.

PANZUTTI, R. - As Sobras e a acumulação na empresa cooperativa. In: Zangheri, Elaine, et al - Cooperativa: uma Empresa Participativa. Coleção Orientação, n. 2, 2000, São Paulo, OCESP, 129p.

ZYLBERSZTAJN, Decio. - Organização de Cooperativas: Desafios e Tendências. Revista de Administração, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 23-32, Jun./Set. 1994.

T00199 - ESCORE DE SEGURANÇA EM CORES – UM MODELO PARA AVALIAR A QUALIDADE ASSISTENCIAL E AUMENTAR A SEGURANÇA DOS PACIENTES

Autor: PAULO MARCELO ZIMMER; Co-autores: LAURA SOUZA BERQUÓ ; JULIANA FELICIATI HOFFMANN; GABRIEL AFONSO MARCHESI LOPES

Resumo: Os indicadores assistenciais são essenciais para avaliação e acompanhamento da qualidade do serviço prestado. A complexidade das atividades exercidas dentro do hospital exige que um grande número de defeitos, protocolos e processos sejam avaliados. Neste artigo apresentamos um escore matemático de acompanhamento das ações de segurança relacionados a campanha “ Salvando 5 Milhões de Vidas” do Institute of Healthcare Improvement adaptado ao perfil da instituição. Possibilitando uma avaliação global dos indicadores.

Palavras-chave: segurança hospitalar, qualidade assistencial, indicadores, epidemiologia

Introdução

A aferição da qualidade assistencial nas instituições hospitalares é uma tarefa difícil que implica em seleção adequada de indicadores e métodos confiáveis de aferição e acompanhamento. No entanto, para a obtenção dos resultados e adesão por parte da equipe, é necessário o entendimento da importância das mensurações das ações relacionadas às condições de segurança dos pacientes.

Esse trabalho tem como objetivo desenvolver uma matriz de indicadores com ponderações distintas, que componham um escore de segurança de fácil compreensão que meça a qualidade assistencial e as condições de segurança dos pacientes.

Justificativa

De acordo com estudos do IHI (Institute for Healthcare Improvement), muitos erros e óbitos poderiam ser evitados na área hospitalar se os fatores que contribuem para esse desfecho fossem mais bem compreendidos. Em dezembro de 2006 o IHI lançou a campanha “Salvando 100 mil vidas” como uma iniciativa voluntária para proteger pacientes de erros na assistência. Em 2008 a campanha foi ampliada para “Salvando 5 milhões de vidas de danos assistenciais em 2 anos”. Nessa campanha, são propostas doze ações que visam aumentar a segurança dos pacientes, são elas: criar times de resposta rápida, diminuir a mortalidade por infarto agudo do miocárdio, prevenir erros de medicação, prevenir infecção relacionada a cateter vascular central, prevenir infecção de sítio cirúrgico, prevenir pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva, prevenir infecção por MRSA (methicillin/oxacillin-resistant Staphylococcus aureus), reduzir eventos adversos por medicações de alto risco (anticoagulantes/sedativos/narcóticos/insulina), reduzir complicações cirúrgicas, prevenir úlceras de pressão, promover tratamento seguro e baseado em evidência para insuficiência cardíaca congestiva e envolver a alta direção nas questões de segurança.

A criação de uma metodologia de avaliação simples, a partir das ações propostas pelo IHI, promove um melhor monitoramento da segurança dos pacientes atendidos no hospital. O escore de segurança permite ainda uma avaliação global do desempenho assistencial da instituição, podendo comunicar de forma clara os indicadores e o estado atual das condições de segurança dos pacientes.

Metodologia

A matriz de segurança foi elaborada a partir dos indicadores assistenciais propostos pelo IHI na campanha “The 5 Million Lives” e adaptada às características da instituição. A decisão sobre quais indicadores a serem incluídos foi feita em conjunto com a diretoria e com os gestores das áreas ou especialidades afins.

Uma das doze propostas do IHI, os times de resposta rápida, de acordo com Jarman (2003), são equipes que trabalham com o objetivo de prever, detectar e realizar ações para evitar a alta taxa de mortalidade. Os dois indicadores selecionados para medir a qualidade dos times de resposta rápida foram a taxa de óbitos dos pacientes transferidos das Unidades de Internação (UIs) para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e a taxa de parada cardíaco – respiratória (PCRs) nas UIs. Para avaliar a qualidade do atendimento a pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), foram escolhidos três indicadores: o tempo entre a entrada do paciente na unidade de emergência e a abertura da artéria coronariana (tempo porta-balão), a taxa de mortalidade por IAM e o uso de ácido acetilsalicílico na alta.

Para o monitoramento de evento adverso por medicações de alto risco definiu-se o uso de prevenção da profilaxia de trombose venosa profunda e a ocorrência de hipoglicemia relacionada a uso de insulina, ambos levantados no CTI.

De acordo com Soufir (1999), 48% dos pacientes em Unidade de Tratamento Intensivo, nos Estados Unidos utilizam Cateter Venoso Central (CVC) e as complicações por infecções são responsáveis por 4 a 20% da mortalidade. Para avaliar este item definiram-se como indicadores a taxa de infecção relacionada à CVC, levantada em toda a instituição, e a taxa de aderência ao protocolo de prevenção no momento da passagem do CVC. A pneumonia associada à ventilação mecânica invasiva (PAV) é uma das principais causas de mortalidade por infecções hospitalares (Ibrahim et al, 2001). Sugere-se que protocolos sejam organizados para padronizar os cuidados (Tablan et al 2003). Baseando-se nas variáveis do pacote de prevenção sugerido pelo IHI (cabeceira elevada, prevenção de trombose venosa profunda, prevenção de hemorragia digestiva e pausa na sedação), foram definidos como indicadores o percentual médio de proteção e a taxa de PAV.

REFERENCIAL IHI	INDICADOR	PESO	FÓRMULA	META 2009
1. Times de Resposta Rápida Peso:0,802	1.1. Taxa de óbito dos pac transferidos das Uis para o CTIA	0,022	? óbitos em pac transf das Uis p/CTIA/? pacientes transferidos das Uis p/CTIA no período.100	<20%
	1.2. Taxa de PCRs nas UIs	0,780	? PCRs em pac das UIs /? saídas das UIs no período.1000(0,5 pontos)	< 2 p/1000 saídas
2. Manejo de IAM(1) Peso:0,015	2.1. Tempo Porta-Balão médio	0,005	? Tempos (em min) de cada pac submetido a ACTP no CTE por IAM /? pac submetidos a ACTP por IAM no CTE no período	Até 90 min
	2.2. Mortalidade por IAM	0,005	? óbitos em pac com CID de IAM informado/? pacientes com CID de IAM informado no período.100	< 15% no mês < 2,4% no ano
	2.3. Taxa de prescrição de AAS na alta(IMV)	0,005	? pac c/ IAM(sem contra-indicação) que receberam AAS na alta/? com IAM no período (sem contra-indicação de uso para AAS) x 100	>90%
3.Prevenir Erros de Medicação Medicamentos de AR Peso:0,129	3.1. Adequação da Profilaxia para TVP no CTIA**	0,082	? prescrições adequadas/? prescrições diárias acompanhadas.100	>80%
	3.2. Adequação no Uso de INSULINA no CTIA	0,047	? mensurações glicemia capilar < nível normal /? mensurações de glicemia capilar no período.100	<4%
4.Prevenir Erros de Medicação Reconciliação de Medicamentos Peso:0,930	4.1.N de medicamentos Reconciliados sobre o total de med prescritos	0,930	? med Reconcili/? medicamentos avaliados no período *100	Diminuir em 20% medicamentos não reconciliados
5. Prevenir ICS(2) associada a Cateter Venoso Central Peso:0,114	5.1. Taxa de ICSxCVC	0,050	? de ICS detectadas/? de CVC-dia.100 no período	< 0,15
	5.2. Taxa utilização de medidas de prevenção	0,064	? pacientes com cateteres centrais (passagens) que utilizaram medidas prevenção/? pacientes com cateteres centrais (passagens)	>70%
6. Prevenir ICS(3) - Peso: 0,207	6.1. Taxa de Uso de ABT profilático na indução anestésica	0,069	? cir em que o ABT foi usado na indução anestésica/? cirurgias acompanhadas no período.100	>85%
	6.2. Taxa de Uso do ABT profilático adequado	0,069	? cir em que o ABT usado foi adequado/? cirurgias acompanhadas no período.100	>90%

Tabela 1: Matriz de indicadores de segurança

Considerando que a incidência de infecção ou colonização por MRSA na nossa instituição é muito baixa, foram definidos indicadores que representassem processos relacionados à prevenção de qualquer infecção cruzada: a taxa de lavagem de mãos e a taxa de adesão às medidas de bloqueio epidemiológico. Para avaliar o processo de prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico, foram escolhidos indicadores relacionados à escolha, momento de administração e suspensão da antibioticoterapia profilática, através da aferição do uso da droga adequada, do momento adequado e da descontinuação do uso.

Segundo o "National Pressure Ulcer Advisory Panel", nos EUA mais de 1 milhão de pessoas hospitalizadas desenvolvem úlceras de pressão por ano. No intuito de prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão, foram utilizados dois indicadores propostos pelo IHI: a incidência de úlceras de pressão (UP) e o número de pacientes avaliados para risco de UP, através da Escala de Braden.

Todos os indicadores acima citados, com exceção da taxa de lavagem de mãos, já são

acompanhados rotineiramente e utilizados nas avaliações de desempenho assistencial. Eles têm servido como base para o estabelecimento das metas institucionais, juntamente com referenciais da literatura.

Para completar a visão de segurança assistencial, foi incluída a avaliação do manejo de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) aferida através do uso de inibidores da enzima de conversão da angiotensina para pacientes com fração de ejeção abaixo de 40% e da taxa de reinternação de pacientes com esta patologia.

Para mensurar a reconciliação de medicamentos, ação sugerida para diminuir o número de eventos relacionados ao uso de medicamentos, definiu-se a taxa de medicamentos reconciliados em relação aos avaliados.

A décima-segunda ação proposta é o envolvimento da alta direção nas questões de segurança, mensurada pela proporção de tempo das reuniões de diretoria relacionada a esse tema. E, para avaliação do processo de reconhecimento e notificação de eventos adversos, definiu-se a taxa de eventos adversos não notificados pelo sistema de notificação da instituição.

Na ótica do IHI não há indicadores para a área de diagnóstico. Entretanto, em discussão com a diretoria, ficou definido que esse tema deveria ser incorporado à matriz a fim de tornar a avaliação mais representativa do desempenho de toda a organização, em função do grande volume de exames de imagem e de patologia clínica realizados mensalmente. Foram definidos 2 indicadores de processo: taxa de coleta de exames de

laboratório e tempo de laudos de exames de imagem dos pacientes da emergência. Este último foi escolhido por termos um serviço de emergência de referência, com grande número de pacientes graves para os quais o tempo de diagnóstico é crucial para o desfecho clínico.

Após a criação da matriz de indicadores, foram estabelecidos pesos para cada um dos indicadores. Para a definição dos pesos do escore de segurança foi considerado o número de pessoas ou ações envolvidas em cada indicador, fazendo com que os indicadores que envolvem um número maior de pacientes da instituição recebessem um peso maior. A ponderação dos itens da matriz de indicadores foi baseada na metodologia do peso fixo, que é apropriada quando há heterogeneidade entre as variáveis. Inicialmente, a média ponderada foi obtida pelo somatório dos denominadores mensais de cada indicador, ponderados pela participação de cada mês no total anual. A ponderação final, ou seja, os pesos de cada item, foi determinada pela razão entre a média ponderada obtida e seu somatório total. Ao final, multiplicou-se o valor por dez, que será o valor máximo do escore. Essa metodologia permite evitar a super-representação de indicadores que envolvem um número menor de pacientes ou ações de segurança, mantendo maior coerência e robustez dos cálculos.

Para a implantação do Escore de Segurança, foram traçadas metas baseadas na literatura ou no histórico da Instituição para cada um dos indicadores. Quando a meta é atingida soma-se ao escore a ponderação do indicador. A partir da pontuação total dos indicadores teremos o valor total do escore. O Escore é, então, classificado em cores que demonstram o desempenho mensal do hospital e pode ser utilizado como ferramenta de divulgação dos resultados para todos os funcionários de maneira a ser facilmente compreendido.

Resultados

Na tabela 1 é apresentada a matriz criada, bem como seus pesos, as fórmulas e as metas de cada um dos indicadores que a compõem. A matriz é separada em 13 grandes grupos de indicadores, todos com periodicidade mensal: times de resposta rápida, manejo de infarto agudo do miocárdio, prevenir erros de medicação (medicamentos de AR), prevenir erros de medicação (reconciliação de medicamentos), prevenir infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a cateter venoso central, prevenir ICS, prevenir PAV, reduzir a incidência de infecções por MRSA, reduzir a incidência de Úlceras de Pressão, reduzir Complicações Cirúrgicas, tratamento seguro e baseado em Evidência para ICC, cultura de segurança e diagnóstico. Cada um dos grupos é composto por um número variável de indicadores.

O valor máximo que o Escore de segurança pode receber é 10 pontos. Conforme apresentado na figura 1, os resultados obtidos são considerados ruins quando o escore pontua entre 0 e 4, o que está representado pela cor vermelha. Resultados de escore entre 4,1 e 6 são representados pela cor laranja e classificados como razoáveis. Quando a pontuação fica entre 6,1 e 8,0, o resultado é considerado bom, e a cor representativa é o azul. Valores de Escore maiores que 8 representam a excelência, na cor verde.

Indicador	Pacientes potencialmente beneficiados com o atingimento da meta	Pontos
Tempo Porta-Balão médio		0,005
Mortalidade por IAM	Pacientes com IAM	0,005
Taxa de prescrição de AAS na alta (IMV)		0,005
Taxa de Adesão a M B E/Prec Contato	Pacientes em Medidas de Bloqueio Epidemiológico	0,009
Uso de IECA nos pacientes com disfunção ventricular	Pacientes com insuficiência cardíaca	0,015
Reinternações por ICC		0,015
Taxa de óbito dos pac transferidos das Uis para o CTIA	Pacientes transferidos para a UTI	0,022
Nomoterminia no pós operatório de cirurgia de colon	Pacientes submetidos à cirurgia de cólon	0,022
Percentual médio de adesão ao protocolo de PAV		0,031
Taxa de PAV	Pacientes em VM	0,031
Adequação no Uso de INSULINA no CTIA	Pacientes em uso de insulina CTI	0,047
Taxa de ICsxCVC	Pacientes com cateteres centrais (pacientes/mês)	0,050
Taxa utilização de medidas de prevenção	Pacientes submetidos a passagem de cateter central	0,064
Taxa de Uso de ABT profilático na indução anestésica	Pacientes que realizaram as cirurgias acompanhadas (traumatologia, gastroenterologia, cirurgia bariátrica ou colecistectomia.)	0,069
Taxa de Uso do ABT profilático adequado		0,069
Taxa de suspensão do Uso do ABT profilático em até		0,069
Adequação da Profilaxia para TVP no CTIA	Pacientes internados na CTI	0,082
Incidência de UP por 1000 pac-dia	Pacientes do hospital com mais de 24hs de internação	0,500
Proporção de pacientes com internação superior a 24h		0,500
Taxa de PCRs nas Uis	Pacientes internados na UI	0,780
Taxa de reintervenção não programada	Pacientes submetidos a qualquer cirurgia	0,918
Percentual de medicamentos Reconciliados sobre o total de medicamentos avaliados		0,930
Taxa recoleta de exames laboratoriais	Pacientes internados no hospital	0,930
Taxa de adesão a lavagem de mãos	Todos os pacientes do hospital	0,930
Taxa de Eventos Adversos não notificados		0,930
Taxa de tempo destinado a questões de segurança nas reuniões de diretoria	Corporativo - todos os pacientes do hospital	0,930
tempo de liberação de laudo radiológico	Todos os pacientes que fazem exames radiológicos na emergência	2,045
	Total	10,00

Tabela 2:
Denominadores de cada indicador da matriz de segurança, em ordem crescente de ponderação no escore de segurança

Conclusões

O Escore de Segurança em Cores é uma proposta que facilita o entendimento dos indicadores e permite uma ponderação de acordo com o número de pacientes envolvidos no denominador dos indicadores. Além disso, pela praticidade, é uma maneira de conscientizar os colaboradores na busca da qualidade dos cuidados prestados aos pacientes e de melhorar as práticas através da medicina baseada em evidências.

Figura 1: Segurança em cores – avaliação de desempenho

ESCORE TOTAL	0	1	2	3	4	4,1	5	6	6,1	7	8	8,1	9	10
DESEMPENHO	RUIM					RAZOÁVEL			BOM			EXCELENTE		

Referências

1. ACC/AHA. Practice Guidelines. JACC. V. 47, n.11, p. 2342-2355, 2006.
2. Jarman B, Nolan T, Resar R. Move Your Dot™: Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rates (Part 1). IHI Innovation Series white paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2003.
3. Ibrahim EH, Tracy L, Hill C, et al. The occurrence of ventilator-associated pneumonia in a community hospital: Risk factors and clinical outcomes. Aug; v 120 n. 2, p.:555-561 Chest. 2001
4. IHI. Institute for Healthcare Improvement. 5 Millions Live Campaign. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; Disponível em <http://www.ihio.org>. Acesso em 04 de março de 2008.
5. National Pressure Ulcer Advisory Panel. Cuddigan J, Ayello EA, Sussman C, Editors. Pressure Ulcers in America: Prevalence, Incidence, and Implication for the Future. Reston, VA: NPUAP; 2001.
6. NHSN. The National Healthcare Safety Network. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. Disponível em <http://www.cdc.gov>. Acesso em 04 de fevereiro de 2008.
7. Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, et al. CDC Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for preventing health care-associated pneumonia, 2003: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Recomm Rep. 2004 Mar 26;53(RR-3):1-36.
8. Soufir L, Timsit JF, Mahe C, Carlet J, Regnier B, Chevret S. Attributable morbidity and mortality of catheter-related septicemia in critically ill patients: a matched, risk-adjusted, cohort study. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999 Jun; 20(6):396-401.

T00201 - IMPACTO ECONÔMICO APÓS IMPLANTAÇÃO DO 5º SINAL VITAL NO ATENDIMENTO A PACIENTES ADULTOS, NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Autor: OCTAVIO HENRIQUE MENDES HYPOLITO; Co-autores: ROSELI F. R. LEANDRO; ELIZABETH AKEMI NISHIO; NACIME SALOMÃO MANSUR

RESUMO

Objetivos: Apresentar a experiência da implantação do 5º sinal vital (dor) no atendimento a pacientes adultos, no setor de urgência/emergência no Pronto Socorro, de um hospital público.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo.

Resultados: Os benefícios obtidos pela adesão ao protocolo de tratamento do 5º sinal vital mostraram melhorias de natureza organizacional, estrutural e humano e econômico. .

Conclusão: O protocolo para tratamento do 5º sinal vital com classificação da intensidade da dor propicia tratamento humano adequado, rápido, eficiente e econômico.

Palavra-chave: 5º Sinal Vital, Humanização, Redução de Custo

Introdução

O presente artigo apresenta a experiência da implantação do 5º sinal vital (dor) no atendimento a pacientes adultos, no setor de urgência/emergência no Pronto Socorro, de um hospital público, com atendimento aos pacientes 100% do Sistema Único de Saúde (SUS), e integrado com a rede de saúde regional do município.

O Hospital foi inaugurado em 18/09/2006, e pratica o modelo de gestão com foco no resultado da assistência com qualidade e humanização.

Por mais surpreendente que pareça, a principal causa de procura a setores de emergência/urgência é a dor, é também a que menos sofre atenção na padronização de sua avaliação e tratamento. O resultado é o atendimento inadequado dos eventos algícos, e a utilização inadequada de medicações, seja nas doses, seja na escolha de compostos farmacológicos e em sua via de ministração. O que provoca além da não resolução do processo algíco, o retorno do paciente pelo mesmo motivo. Alto custo e baixa eficácia.

Levantamento prévio no corpo clínico médico do hospital demonstrou uma grande heterogeneidade de condutas frente à dor, que em 80% eram de eficácia e eficiências muito baixas, devido a erros de avaliação bem como a escolhas inadequadas de drogas e principalmente, das vias de ministração. Observou-se também que 97% dos profissionais jamais haviam recebido treinamento específico para o reconhecimento e tratamento da dor, aguda ou crônica.

O hospital funciona desde seu início com o acolhimento e classificação de risco, realizados pelos enfermeiros nos setores de urgência/emergência, e frente aos sintomas e sinais já aferidos, optou-se pela implantação do 5º sinal vital, do modelo de atendimento sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para que já fosse assim aferido tanto pela equipe de classificação de risco como pela equipe médica.

Método

Este trabalho foi realizado no Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso, em Guarulhos, que no momento funciona como um pronto atendimento com 500 atendimentos/dia.

A implantação do protocolo foi feita com apresentação em workshop tendo a participação dos coordenadores médicos de cada setor e chefes de plantão. Foi realizado treinamento de cada equipe médica de plantão individualmente e de cada equipe de enfermagem de classificação de risco para identificação e gradação do 5º sinal vital. Posteriormente "reforço" de treinamento para as equipes que não demonstram adesão ao protocolo implantado.

Protocolo

1 - Escore de dor

Para a mensuração do processo algíco foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA).

2 - Medicações para controle de processos algícos

A medicação analgésica foi prescrita de acordo com os escores de dor, segundo a EVA, preconizada pela OMS: analgésico não opióide (dipirona) (até 20mm na EVA); analgésico não opióide (paracetamol) e antiinflamatórios não hormonais (tenoxicam) para dores de fraca intensidade (30 a 40mm na EVA), analgésico opióide (codeína) e antiinflamatórios não hormonais (tenoxicam) para dores de moderada intensidade (50 a 70mm na EVA) e opióides fortes (morfina entre outros) para as dores intensas (escore > 70mm).

Enfatizamos com os profissionais médicos a necessidade para a prescrição de fármacos com ministração via oral nos pacientes que não portassem contra-indicação a esta via, assim como a liberação de medicamentos para continuidade posológica por mais 24h caso a via oral fosse utilizada.

Foi avaliado neste protocolo as diferenças de custos frente aos tratamentos realizados levando-se em conta as vias de ministração para o fármaco utilizado (tenoxicam) no tratamento dos processos algícos. Para este estudo foi considerado os pacientes com escore de dor até 40mm na EVA, por apresentarem características ambulatoriais.

Resultados

As comparações dos custos pelas vias de ministração intramuscular, endovenosa e oral, apresentaram diferença de custo elevada, como mostra a figura 1, figura 2 e figura 3 respectivamente.

item	valor
tenoxicam ampola	R\$ 3,200
água destilada	R\$ 0,080
agulha 40x12	R\$ 0,020
agulha 30x7	R\$ 0,005
total	R\$ 3,305

Figura 1 – Custo dos medicamentos e materiais na via de ministração intramuscular utilizando tenoxicam como fármaco.

item	valor
tenoxicam ampola	R\$ 3,200
água destilada	R\$ 0,080
agulha 40x12	R\$ 0,020
soro fisiológico 0,9% 100mL	R\$ 0,830
equipo de macrogotas	R\$ 0,830
dispositivo IV 21G	R\$ 0,220
extensão Y 2 vias	R\$ 0,690
total	R\$ 5,870

Figura 2 - Custo dos medicamentos e materiais na via de ministração endovenosa utilizando tenoxicam como fármaco.

Figura 3 - Custo dos medicamentos e materiais na via de ministração oral utilizando tenoxicam como fármaco, sendo 1 comprimido para utilização imediata e outro dispensado para utilização posológica 24h após.

item	valor
tenoxicam comprimido	R\$ 0,200
total	R\$ 0,400

Foi observada uma diminuição na prescrição do fármaco tenoxicam injetável intramuscular e endovenoso de 2.320 unidades/mês para 1.334 unidades/mês, com conseqüente aumento do fármaco em sua apresentação posológica via oral de 14 unidades/mês para 873 unidades/mês.

Discussão

É importante ressaltar que a analgesia adequada é obtida, com menores efeitos indesejáveis e menos riscos para o paciente se houver correta avaliação da localização, intensidade e duração do processo algíco.

Imperioso na implantação do protocolo do 5º sinal vital é a educação continuada dos profissionais da área de saúde para avaliar e tratar adequadamente o processo algíco.

Os benefícios obtidos pela adesão ao protocolo de tratamento do 5º sinal vital que foi elaborado para este hospital na forma sugerida pela OMS mostraram melhorias de natureza organizacional, estrutural e humano e econômico.

Ponto vital foi o fornecimento de medicamento por mais 24h, aumentando o tempo e a adesão ao tratamento por parte do paciente, consequentemente diminuindo seu retorno ao pronto-atendimento pelo mesmo motivo, diminuindo assim a possibilidade de ocorrer uma cronificação dos processos algícos por tratamento inadequado.

Mostrar aos médicos plantonistas que a prescrição de medicamentos por via oral quando não apresentam contra-indicação para o paciente, pode entre diversos benefícios reduzir o tempo de permanência em ambiente hospitalar, reduzir a ocorrência de efeitos colaterais provenientes da utilização de vias de ministração invasiva, e que o tempo do início de ação não é tão reduzido a ponto de justificar ampliação de riscos.

Outro fator é que os pacientes que recebem medicação por via intramuscular ou endovenosa, após o controle do processo algíco em uma grande parte não continuam o tratamento, possibilitando o retorno desta algia e até de o desenvolvimento de processos crônicos.

Conclusão

A implantação de protocolo para tratamento do 5º sinal vital com classificação da intensidade da dor propicia tratamento humano adequado, rápido, eficiente e econômico.

TO0202 - AVALIAÇÃO DE INFRA-ESTRUTURA DISPONÍVEL PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO

Autor: SARA RODRIGUES KELLNER; Co-autores: FABRÍCIO RIBEIRO DE CAMPOS; GISLAINE CRISTHINA BELLUSSE; MARIA AUXILIADORA MANCILHA CARVALHO PEDIGONE

RESUMO

Uma infra-estrutura adequada e acessível facilita a adesão dos profissionais da área da saúde na execução procedimento de higienização das mãos. Para isso, avaliamos a infra-estrutura das pias e suas condições, disponível em um hospital de nível terciário através de visita e inspeção de todos os setores. Das 243 pias analisadas, 133 (54,7%) delas estavam adequadas para o uso e 110 (45,3%) se encontravam inadequadas para tal finalidade. Concluindo, com a utilização de indicadores para a análise da infra-estrutura disponível, podemos perceber que é possível favorecer e incentivar a adesão ao processo de higienização das mãos.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 1941, está estabelecido legalmente os requisitos estruturais mínimos para serviços de saúde, no momento em que foi criada a Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde, onde estabelece normas e padrões para a instalação, organização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde (APECIH, 2007).

Porém, nota-se que os primeiros indicadores de estrutura com propósito de melhoria de qualidade, foi estimulado a partir do início da implantação dos programas de acreditação hospitalar na década de 90.

Estes programas buscam melhorar o gerenciamento e a eficiência dos serviços de saúde para redução de custos e visam a aplicação de normas estabelecidas pelas legislações, além de obtenção de certificações emitidas por organizações avaliadoras (APECIH, 2007).

A palavra qualidade engloba várias características que incluem: efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica (RATTNER, 2006 apud OLIVEIRA JÚNIOR, 2007). A qualidade busca melhorar o serviço, as atividades assistenciais, os produtos e equipamentos utilizados pelos profissionais.

Donabedian (1988) apud APECIH (2007) divide em três etapas a avaliação da qualidade: estrutura, processo e resultados. Discute ainda que a qualidade dos serviços de saúde seja avaliada pela análise de estrutura, dos processos realizados e dos resultados obtidos. A partir disso, pode-se realizar melhorias sobre a qualidade da assistência e do cuidado.

A maioria das instituições de saúde, especificamente os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), avaliam predominantemente os resultados, ou seja, aprimorando a qualidade e monitorando processos relacionados aos resultados (FERNANDES, 2000).

A Portaria nº 2616 de 1998 do Ministério da Saúde que estabelece o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), no seu Anexo III (Vigilância Epidemiológica e Indicadores Epidemiológicos das Infecções Hospitalares) obriga apenas a realização indicadores de resultados. Porém, somente a utilização de indicadores de resultados não atingem os objetivos de qualidade de um PCIH, para que esses objetivos sejam alcançados, a implementação de outros mecanismos de avaliação de qualidade como avaliações de estrutura e processos são fundamentais. E, para se obter um processo apropriado e um resultado favorável deve-se existir condições adequadas de estrutura. Prade e Vasconcelos (2001) referem que fatores como disponibilidade de recursos, conhecimento e habilidade técnica também contribuem para a qualidade assistencial.

A estrutura é constituída por profissionais, por instrumentos e recursos que eles têm a sua disposição e pelo ambiente físico nos quais trabalham.

A avaliação da estrutura inclui informações sobre recursos humanos (número, treinamentos e certificados de habilitação); recursos materiais (equipamentos, produtos e manutenção) assim como formas de organização e funcionamento (normas e procedimentos) e recursos físicos (área, localização, acessibilidade e segurança) (APECIH, 2007; MALLET, 2005).

Em um estudo realizado por Silva e Pinheiro (2001) onde foram levantados fatores que interferem na qualidade da assistência prestada aos pacientes, 25% das pessoas que responderam o questionário referiram fatores como recursos materiais, equipamentos, estrutura física e de pessoal disponíveis na instituição. Evidenciando que estruturas adequadas às necessidades profissionais colaboram muito com a satisfação profissional e assistencial.

Uma estrutura adequada combate infecções. Sabemos que a higienização das mãos com água e sabão é um dos métodos mais simples e mais eficaz na prevenção e controle de infecções (ANDRADE, 2002; BRUNER; SUDDARTH, 2002; APCIH, 2003).

De acordo com Martins (2001) a higienização das mãos remove a maioria dos microrganismos da flora residente e da flora transitória das mãos, além de remover células descamativas, pêlos, suor, oleosidade e sujidades em geral. Além de prevenir a disseminação desses microrganismos para ambientes, pacientes ou profissionais da área da saúde e equipamentos. Para Oliveira (2003), os microrganismos mais associados à ocorrência de infecções são pertencentes à flora transitória, podendo ser facilmente removida pela higienização das mãos. O bom uso dessa técnica resulta na diminuição das infecções hospitalares, de possíveis surtos e promove a redução da morbi-mortalidade dos pacientes.

A adesão dos profissionais a prática de higiene das mãos é um desafio, estes devem ser conscientizados, motivados e orientados sobre a técnica correta, suas indicações e os produtos químicos adequados (COUTO, PEDROSA, NOGUEIRA, 2003).

A eficácia da higienização das mãos depende de alguns fatores como: produto (sabão) utilizado, volume deste nas mãos, tempo de fricção, lavagem de toda a superfície das mãos, número de microrganismos presentes sob as unhas, uso de adornos (anéis, pulseiras), enxágue rigoroso e uso de papel toalha (SÃO PAULO, 2006).

Uma infra-estrutura adequada e acessível facilita a adesão dos profissionais da área da saúde na execução deste procedimento.

JUSTIFICATIVA

Verificar a infra-estrutura disponível na referida instituição e posteriormente implantar medidas de manutenção corretiva, visando uma adequação das funções estruturais e de processo para que toda a sua execução possa ser realizada de forma plena e segura, contribuindo dessa forma, para uma maior adesão dos profissionais da saúde e conseqüentemente melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente.

MÉTODOS

Avaliamos a infra-estrutura disponível em um hospital de nível terciário através de visita e inspeção dos setores: Clínica de Convênios, Banco de Leite, Cozinha, Serviço de Radiografia, Plantão Médico Permanente, Ambulatório de Ortopedia, Laboratório de Análises Clínicas e Microbiologia, Psiquiatria, Maternidade, Centro Obstétrico, Berçários Interno e Externo, Pediatria, CTI-Infantil, Lactário, Endoscopia, CTI-Adulto, Clínicas Médica e Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização, Lavanderia, Hemodiálise, Sala de Curativos, Hemodinâmica e Unidade Coronariana.

Esta infra-estrutura refere-se às pias e suas condições, o que inclui: presença de papel toalha nos dispensadores, presença de sabão líquido nos dispensadores, torneira de acionamento pelo cotovelo, presença de lixeiras adequadas (com tampa e pedal), funcionamento e irregularidades (falta de água, dispensador sujo ou quebrado, torneira quebrada e sujeira visível na pia). O indicador que utilizamos para o registro de nossa pesquisa segue em anexo, ao final desse trabalho.

Após levantamento e análise dos dados, foi gerado um relatório sobre a situação em que se encontravam essas pias e foi informado aos supervisores de todos os setores, incentivando a promoção de mudanças de melhoria para adequação da funcionalidade da mesma. Diante disso, as inadequações estruturais foram corrigidas e iniciado um treinamento intensivo sobre o processo de higienização das mãos em toda a instituição, afim de solucionar o problema, garantindo assim a qualidade da assistência prestada.

RESULTADO

Durante a análise da infra-estrutura disponível do hospital em questão, avaliamos um total de 243 pias, classificando-as em adequadas e inadequadas, e observando os seguintes itens:

- Pias adequadas, são aquelas que possuem todos os itens necessários para uma correta higiene das mãos: pia exclusiva para higiene das mãos com torneira de acionamento por cotovelo, sabonete líquido e papel toalha presentes nos dispensadores, lixeira com tampa e de acionamento por pedal.

- Pias inadequadas, são aquelas que apresentam: falta de papel toalha, falta de sabonete líquido, falta de torneira de acionamento por cotovelo, falta de água, dispensador de sabonete líquido sujo, torneira quebrada, sujeira visível na pia e lixeira quebrada.

Das 243 pias analisadas, 133 (54,7%) delas estavam adequadas para o uso e 110 (45,3%) se encontravam inadequadas para tal finalidade. Dentre as irregularidades encontradas nas pias durante a análise estrutural, observamos que a falta de papel toalha (50,9%), de sabonete líquido (60%) e de torneira de acionamento por cotovelo (50%) correspondem a mais de 50% do total das inadequações; seguidas da presença de sujeira visível nas pias (18,2%), lixeiras quebradas (8,2%) e torneira quebrada (3,6%).

Dessa forma, observamos que as pias inadequadas correspondem a um valor expressivo do total de pias avaliadas, onde há infra-estrutura inadequada há o comprometimento do processo de higienização das mãos e conseqüentemente da qualidade da assistência. Se não existe uma infra-estrutura adequada e de fácil acesso para todos os profissionais, dificilmente haverá sucesso na realização de qualquer técnica.

CONCLUSÃO

Com a utilização de indicadores para a análise da infra-estrutura disponível para a higienização das mãos, podemos perceber que é possível favorecer e incentivar a adesão ao processo de higienização das mãos, desde que se tenha uma infra-estrutura correta e ao alcance de todos os profissionais assistenciais. Além de, poder monitorar constantemente essa adesão, incentivando-os.

A inspeção da infra-estrutura deve ser constante, realizada através da vigilância de estrutura avaliando todo o conjunto (estrutura, processo e resultado) e garantindo com isso a disponibilidade de uma estrutura adequada favorecendo o processo de higienização das mãos e conseqüentemente manter em alto nível a qualidade assistencial prestada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. de; ANGERAMI, E. L. S.; Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milênio. Rev. Medicina, Ribeirão Preto, v. 32, p. 492-497, out./dez. 1999.

APECIH. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde. São Paulo: APECIH, 2003.

APECIH. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Como Instituir um Programa de Controle de Infecção hospitalar. São Paulo: APECIH, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Normas para o programa de Controle de Infecção Hospitalar. D.O.U., 13 de maio de 1998.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

- COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; NOGUEIRA, J. M.; Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-infecciosas da Doença, Epidemiologia, Controle e Tratamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- FERNANDES, A. T. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. v.2. São Paulo:Atheneu, 2000.
- MALLET, A.L.R. Qualidade em Saúde: tópicos para discussão. Revista da SOCERJ, Rio de Janeiro, v. 18, n.5, p. 449-456, 2005.
- MARTINS, M.A. Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- OLIVEIRA, A. C. de; Infecções Hospitalares: repensando a importância da higienização das mãos no contexto da multirresistência. Rev. Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 140-144, jul/dez. 2003.
- OLIVEIRA JÚNIOR, F.I. Indicadores de Estrutura. In: APECIH. Como instituir um programa de controle de infecção hospitalar. São Paulo: APECIH, 2007. cap. 4, p. 27-38.
- PRADE, S.S.; VASCONCELLOS, M.M. Identificando Fontes de Dados nos Sistemas de Informação do SUS para Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares. Inf. Epidemiol. Sus, Brasília, v. 10, n. 3, set. 2001. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010416732001000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2009.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar. São Paulo, 2006.
- SILVA, M.P.J.; PINHEIRO, E.M. Qualidade na Assistência de Enfermagem – Visão de alunas de especialização. Acta Paul Enf, São Paulo, v.14, n. 1, p. 82-88, 2001.

T00206- A SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM A IMPLANTAÇÃO DO 5º SINAL VITAL NO ATENDIMENTO A PACIENTES ADULTOS, NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Autor: OCTAVIO HENRIQUE MENDES HYPOLITO; Co-autores: LAURA ALMEIDA GONÇALVES; ELIZABETH AKEMI NISHIO; NACIME SALOMÃO MANSUR

RESUMO

Objetivos: Apresentar a experiência da implantação do 5º sinal vital (dor) no atendimento a pacientes adultos, no setor de urgência/emergência no Pronto Socorro, de um hospital público com impacto na organização do serviço.

Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo.

Resultados: A adesão ao protocolo de tratamento do 5º sinal vital mostraram melhorias de natureza organizacional, estrutural e humano e econômico.

Conclusão: O protocolo para tratamento do 5º sinal vital com classificação da intensidade da dor propicia tratamento humano adequado, rápido, eficiente e econômico.

Palavra-chave: 5º Sinal Vital, Humanização, Atendimento ao Cliente

Introdução

O presente artigo apresenta a experiência da implantação do 5º sinal vital (dor) no atendimento a pacientes adultos, no setor de urgência/emergência no Pronto Socorro, de um hospital público, com atendimento aos pacientes 100% do Sistema Único de Saúde (SUS), e integrado com a rede de saúde regional do município.

O Hospital foi inaugurado em 18/09/2006, e pratica o modelo de gestão com foco no resultado da assistência com qualidade e humanização.

Por mais surpreendente que pareça, a principal causa de procura a setores de emergência/urgência é a dor, é também a que menos sofre atenção na padronização de sua avaliação e tratamento. O resultado é o atendimento inadequado dos eventos algícos, e a utilização inadequada de medicações, seja nas doses, seja na escolha de compostos farmacológicos. O que provoca além da não resolução do processo algíco, o retorno do paciente pelo mesmo motivo. Alto custo e baixa eficácia.

Levantamento prévio no corpo clínico médico do hospital demonstrou uma grande heterogeneidade de condutas frente à dor, que em 80% eram de eficácia e eficiências muito baixas, devido a erros de avaliação bem como a escolhas inadequadas de drogas e principalmente, das vias de administração. Observou-se também que 97% dos profissionais jamais haviam recebido treinamento específico para o reconhecimento e tratamento da dor, aguda ou crônica.

O hospital funciona desde seu início com o acolhimento e classificação de risco, realizados pelos enfermeiros nos setores de urgência/emergência, e frente aos sintomas e sinais já aferidos, optou-se pela implantação do 5º sinal vital, do modelo de atendimento sugerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para que já fosse assim aferido tanto pela equipe de classificação de risco como pela equipe médica.

Método

Este trabalho foi realizado no Hospital que no momento funciona como um pronto atendimento com 500 atendimentos/dia.

A implantação do protocolo foi feita com apresentação em workshop tendo a participação dos coordenadores médicos de cada setor e chefes de plantão. Foi realizado treinamento de cada equipe médica de plantão individualmente e de cada equipe de enfermagem de classificação de risco para identificação e gradação do 5º sinal vital. Posteriormente "reforço" de treinamento para as equipes que não demonstram adesão ao protocolo implantado.

Protocolo

1 - Escore de dor

Para a mensuração do processo algíco foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA).

2 - Medicações para controle de processos algícos

A medicação analgésica foi prescrita de acordo com os escores de dor, segundo a EVA, preconizada pela OMS: analgésico não opióide (dipirona) (até 20mm na EVA); analgésico não opióide (paracetamol) e antiinflamatórios não hormonais (tenoxicam) para dores de fraca intensidade (30 a 40mm na EVA), analgésico opióide (codeína) e antiinflamatórios não hormonais (tenoxicam) para dores de moderada intensidade (50 a 70mm na EVA) e opióides fortes (morfina entre outros) para as dores intensas (escore > 70mm).

Enfatizamos com os profissionais médicos a necessidade para a prescrição de fármacos com ministração via oral nos pacientes que não portassem contra-indicação a esta via, assim como a liberação de medicamentos para continuidade posológica por mais 24h caso a via oral fosse utilizada.

Foi avaliado neste protocolo as queixas dos pacientes no Serviço de atendimento ao Cliente (SAC), em relação à demora no tempo de atendimento na sala de medicação, como forma de avaliar os efeitos obtidos com a implantação do protocolo.

Resultados

A adoção deste esquema terapêutico tanto na escolha do fármaco com em sua via de ministração, apresentou uma modificação no perfil de queixas no SAC (serviço de atendimento ao cliente) existente neste hospital em relação ao quesito “demora na sala de medicação”, diminuindo significativamente a ocorrência destas reclamações.

Foi observado no ano de 2007 uma ocorrência média de 22,64% nessas queixas contra uma média de 6,04% no ano de 2008 (figura 1 e figura 2).

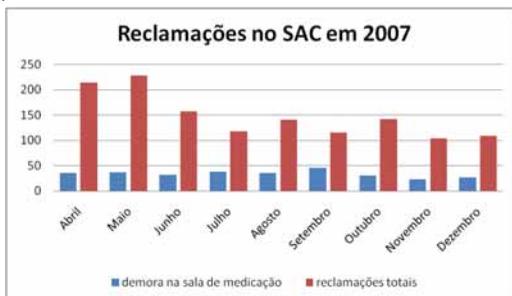


Figura 1 – Reclamações no SAC (serviço de atendimento ao cliente) em 2007, relação ente reclamações totais e referentes à demora na sala de medicação.



Figura 2 - Reclamações no SAC (serviço de atendimento ao cliente) em 2008, relação ente reclamações totais e referentes a demora na sala de medicação.

Discussão

É importante ressaltar que a analgesia adequada é obtida, com menores efeitos indesejáveis e menos riscos para o paciente se houver correta avaliação da localização, intensidade e duração do processo algíco.

Imperioso na implantação do protocolo do 5º sinal vital é a educação continuada dos profissionais da área de saúde para avaliar e tratar adequadamente o processo algíco.

Os benefícios obtidos pela adesão ao protocolo de tratamento do 5º sinal vital que foi elaborado para este hospital na forma sugerida pela OMS mostraram melhorias de natureza organizacional, estrutural e humano.

O decréscimo das queixas em relação à demora no atendimento deve-se a praticidade da ministração da medicação via oral com consequente agilização do processo causando uma permanência menor em ambiente hospitalar, assim como diminuir a ocorrência de efeitos adversos provenientes de uma via de ministração de medicamentos mais invasiva.

Ponto vital foi o fornecimento de medicamento por mais 24h, aumentando o tempo e a adesão ao tratamento por parte do paciente, consequentemente diminuindo seu retorno ao pronto-atendimento pelo mesmo motivo, diminuindo assim a possibilidade de ocorrer uma cronificação dos processos algícos por tratamento inadequado.

Conclusão

A implantação de protocolo para tratamento do 5º sinal vital com classificação da intensidade da dor propicia tratamento humano adequado, rápido, eficiente e econômico.

TO0201 - REVELANDO ERROS: A BUSCA PELA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA

Autor: ELENARA OLIVEIRA RIBAS; Co-autores: MICHELE SANTOS MALTA; LAURA SOUZA BERQUÓ; JULIANA FELICIATI HOFFMANN

Palavras-chave: eventos adversos, notificação, segurança hospitalar, qualidade assistencial, epidemiologia.

Eventos adversos são definidos como complicações indesejadas decorrentes de cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. O sistema de notificação voluntária é utilizado para a identificação de eventos em nosso hospital, no entanto acreditamos que haja sub-notificação. Neste artigo apresentamos os eventos identificados por busca ativa e que não foram notificados voluntariamente. Este aspecto nos remete a importância de reforçar com a equipe o processo de notificações para que o evento venha a ser analisado na busca pela qualidade na assistência.

Introdução

Com o advento das tecnologias de alta complexidade e da especialização dos serviços de saúde, cada vez mais é necessário que os profissionais em saúde estejam preparados para garantir a segurança no atendimento hospitalar. Considerando esse aspecto, muitos hospitais criaram o Serviço de Gestão de Risco, o qual desenvolve e implementa projetos para identificar e priorizar riscos, para que eventos adversos não venham a acontecer ou para que não se repitam (JACHO, 1992).

Eventos adversos são definidos como complicações indesejadas decorrentes de cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base. Embora a maior parte dos eventos acarrete incapacitações leves, uma proporção considerável está relacionada à morte de pacientes. Afetando em média 10% das admissões hospitalares, constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde: reflete o distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real (GALLOTTI, 2004).

Assim, é necessário o conhecimento dos eventos adversos que ocorrem na Instituição. Com essa informação, os gestores têm a possibilidade de planejar intervenções que melhorem a segurança dos pacientes. A notificação voluntária é uma das formas sugeridas para a melhoria da segurança do paciente. A Agency for Healthcare Research and Quality sugere que essa seja uma prática estabelecida em 90% dos hospitais americanos em 2010. No entanto, muitos eventos não são notificados. As atribuições do cotidiano e a falta de tempo e o medo de punição são justificativas apresentadas para falta de notificação (SARAH, 2009).

Esse trabalho tem como objetivo comparar o número de eventos notificados voluntariamente com o número de eventos identificados por busca ativa em

Justificativa

O sistema de notificação voluntária de eventos adversos acontece no nosso Hospital desde 2006. Esses eventos são notificados para a Gestão de Risco, a qual investiga e procura soluções para melhorias, juntamente com os Gestores das áreas. Com a implantação de um sistema informatizado, em 2008, os registros das notificações se intensificaram. Entretanto, acompanhando uma tendência mundial, acredita-se que ainda haja sub-notificações dos eventos adversos. Muitos profissionais consideram que eventos relacionados a erros de processo estão inseridos no trabalho diário e acabam não os registrando como evento adverso.

Estudos reforçam a necessidade de estimular a equipe na revelação de erros de processo. Uma equipe eficaz na divulgação de erros pode ser uma honesta troca de informações que promove a qualidade na assistência, tanto para a paciente e os membros da assistência quanto para a equipe de saúde (BOYLE, 2006; WATERMAN, 2007).

Metodologia

A busca ativa dos eventos adversos foi realizada por uma enfermeira do setor responsável pela gestão de risco, a qual acompanhou a equipe assistencial e registrou todos os eventos ocorridos. A busca foi realizada em duas unidades de internação clínicas e cirúrgicas diferentes e no Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTIA). Cada uma das unidades foi acompanhada durante um dia, no mês de janeiro ou fevereiro de 2009. O CTIA foi acompanhado durante dois dias, um dia no mês de janeiro e outro no mês de fevereiro. As unidades foram escolhidas por serem as que notificaram com maior frequência, independente da forma (comunicação verbal, formulário eletrônico e formulário impresso), no período de outubro a dezembro de 2008.

Tanto para a busca ativa quanto para as notificações voluntárias, foram considerados os conceitos abaixo, previamente trabalhados com a equipe assistencial da Instituição:

Evento Adverso: qualquer acontecimento que altera direta ou indiretamente a qualidade dos cuidados ou que pode ameaçar a segurança do paciente. Ex: quedas, erros de medicações, flebites, hiperglicemias, infecções adquiridas no hospital, reação a medicamentos.

Evento Sentinela: uma ocorrência inesperada envolvendo morte ou dano físico ou psicológico sério. Ex: cirurgia no sítio errado, transfusão sanguínea errada, erros de diagnóstico.

Quase falha: qualquer variação da atividade que não afeta diretamente a assistência, mas que se acontecer repetidamente pode comprometer a segurança. Ex: problema no sistema de prescrição, piso molhado que podem causar quedas, luzes de emergência com defeito.

Queixa Técnica: qualquer suspeita de alteração, irregularidade, mau funcionamento de um produto ou material.

Erro de processo: falha na rotina de cuidados ou de procedimento hospitalar Ex: falha comunicação troca de exames, falta de registros, inadequação nas rotinas das Unidades.

Erro de Medicação: falha na prescrição, dispensação, preparação ou administração de uma droga.

O número de eventos identificados por busca ativa durante apenas quatro dias e em apenas 2 unidades distintas e no CTIA foi comparado com o número total de eventos notificados voluntariamente por estas unidades no período de 1º de janeiro a 23 de fevereiro de 2009. Esse é um estudo comparativo descritivo.

Resultados

Na Tabela 1 pode-se visualizar o número de notificações voluntárias que ocorreram durante os 49 dias dos meses de janeiro e fevereiro de 2009. No total, considerando-se as duas unidades de internação e o CTIA, foram notificados 12 eventos adversos.

Tabela 1. Notificações realizadas pela equipe assistencial no período de 49 dias

	Janeiro	Fevereiro	Total
CTIA	1	4	5
UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1	1	2	3
UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2	0	4	4
Total	2	10	12

Na Tabela 2 é apresentado o número de notificações realizadas em 1 dia, por meio de busca ativa. No total, considerando-se as duas unidades de internação e o CTIA, foram identificados 74 eventos adversos. A distribuição entre os tipos de eventos que foram notificados voluntariamente e os encontrados na busca ativa pode ser visualizada na Tabela 3.

Tabela 2. Notificações encontradas por meio de busca ativa em um dia

	Janeiro	Fevereiro	Total
CTIA	22	13	35
UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1	20	NA	3
UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2	NA	19	4
Total	42	32	74

Tabela 3. Distribuição das Notificações por Tipo de Evento

Tipo de Evento	CTIA		Unidade de Internação 1		Unidade de Internação 2	
	Notificação	Busca Ativa	Notificação	Busca Ativa	Notificação	Busca Ativa
Evento Adverso	1	1		2		
Erro de Medicação		3				1
Erros de Processos	4	23		17	1	17
Extubação Acidental		1				
Queixa Técnica		2		1		
Retirada de Cateter		3				1
Queda			2		1	
Fuga					1	

Na realização da busca ativa nas Unidades de Internação e CTIA observou-se que o número de notificações realizadas pelas Unidades é muito inferior ao que deveria ter sido comunicado para Gestão de Risco no período de janeiro e fevereiro de 2009. Nas tabelas, pode-se observar que em apenas um dia de busca ativa foram identificados 74 eventos adversos que deveriam ter sido notificados voluntariamente. Entretanto, em 49 dias apenas 12 eventos foram comunicados à Gestão de Risco.

Observou-se também, conforme exemplificado na Tabela 3, que os erros de processos são os eventos que acontecem com maior frequência e que esta tendência acompanhou a busca ativa em todas as Unidades. A maioria dos eventos que foram identificados por busca ativa foram erros de processos, independente da unidade observada. No entanto, eventos adversos potencialmente graves como extubação acidental e retirada acidental de cateteres falharam em ser notificados voluntariamente pelo sistema implantado.

Isto mostra que a utilização do sistema de notificação pela equipe de saúde e a valorização da importância de notificar os erros que ocorrem em seu dia de trabalho ainda é deficiente. Foi identificada a necessidade de melhorar a comunicação com a equipe da instituição para valorizar a notificação voluntária e identificar barreiras que impedem a completa utilização deste recurso na melhora da segurança do paciente. A presença do profissional de Gestão de Risco na Unidade permite, além da busca ativa, um entrosamento com a equipe, o que pode ser uma forma educativa de revelar a importância das notificações.

Referências

1. Agency for Healthcare Research and Quality: Detail of Performance Analysis Table, Quality/Safety of Patient Safety Portfolio. Budget Estimates for Appropriations Committees, Fiscal Year 2006. <http://www.ahrq.gov/about/cj2006/cj06exbua.htm>
2. Boyle D., et al.: Disclosing errors and adverse events in the intensive care unit. *Crit Care Med* 34:1532-1537, May 2006.
3. Joint Commission International disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/International-Essentials-for-Quality-and-Patient-Safety>. Acessado em 15 fevereiro 2009
4. Richesson RL, Malloy JF, Paulus K, Cuthbertson D, Krischer JP. An automated standardized system for managing adverse events in clinical research networks. *Drug Saf.* 2008;31(10):807-22.
5. Rose et al, *Journal of Quality and Patient Safety*, n.32,,2006

6. Sarah E. Shannon, Ph.D., R.N.; Mary Beth Foglia, Ph.D., M.N., M.A., R.N.; Mary Hardy, M.A., R.N.; Thomas H. Gallagher, M.D. *Disclosing Errors to Patients: Perspectives of Registered Nurses*. 2009
7. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care*. 2000;38(3):261-271.
8. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine Report. Washington DC: National Academies Press; 1999.
9. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322(7285):517-519.
10. Waterman A.D., et al.: The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 33:467-476, Aug. 2007.:
11. Yates et al, *Journal on Quality and Patient Safety*, v.31, 2005
12. Galloti, Renata Mahfuz Daud. Eventos adversos: o que são?. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2004, v. 50, n. 2, pp. 114-114.

TO0209 - QUEM ESTÁ CAINDO?

Autor: ELENARA OLIVEIRA RIBAS; Co-autores: MICHELE SANTOS MALTA; ANDREA DIEZ BECK; GABRIEL AFONSO MARCHESI LOPES

Palavras-chave: quedas, notificação, investigação, segurança hospitalar, qualidade assistencial, epidemiologia.

Resumo: As quedas são acontecimentos comuns entre idosos, com a hospitalização os fatores de risco para queda aumentam. Este artigo apresenta o perfil dos pacientes que caíram e quais os fatores que contribuíram para que este evento ocorresse. Identificou-se que os pacientes em uso de medicamentos de alto risco são os que mais caíram e também já haviam sido orientados para o risco de queda. Portanto o desafio consiste em readaptar as orientações às necessidades de cada paciente.

Introdução

As quedas são um dos acontecimentos mais comuns entre os idosos, de acordo com a American Academy of Family Physicians, Entre 30% a 40% da população adulta com mais de 65 anos cai a cada ano.

Os idosos hospitalizados apresentam inúmeros fatores de risco para quedas, que pode comprometer o seu tratamento, aumentar a média de permanência hospitalar ou causar lesões graves causando dependência e aumentando o risco de morte prematura.

Os fatores de risco para queda nas instituições hospitalares estão frequentemente associados a disposição dos objetos no ambiente, distúrbios do equilíbrio ou fraqueza, tonturas ou vertigens, medicamentos de alto risco, confusão, hipotensão postural, transtorno visual e síncope. Acima de 80 anos a propensão de queda se intensifica.

De acordo com dados do Institute of Healthcare Improvement, 10 % das quedas graves em idosos ocorrem dentro dos hospitais americanos. No Brasil cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano. Em hospitais a incidência de queda é, em média 0,5 a 2,7 quedas por leito ao ano.

Considerando estes fatores o objetivo deste trabalho é avaliar qual o perfil do paciente que cai em nosso hospital, quais fatores que contribuíram para que a queda ocorresse e quais medidas podem ser implantadas para preveni-la e minimizar os danos.

Justificativa

No nosso hospital que é de alta complexidade com 398 leitos. Em 2008 33,7 % dos pacientes internados tinham idade superior a 60 anos e 16,3 % idade superior a 75 anos. Portanto, nossos pacientes são população de risco para queda.

Acompanhando a tendência mundial nas organizações de saúde e preocupada em melhorar a qualidade da assistência, buscamos estabelecer o risco de cada paciente para queda e avaliar os fatores que contribuíram para que o paciente internado em nossa instituição caísse, portanto qual o perfil destes pacientes. Também há uma indicação internacional de que para reduzir o risco de danos resultantes de quedas é necessário que o paciente seja avaliado e reavaliado periodicamente, incluindo os riscos potenciais associados com a medicação e quais as medidas que podem ser tomadas para resolver eventuais riscos.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e de prevalência de quedas onde a notificação é o instrumento de comunicação do evento. Realizou-se uma investigação nos prontuários, avaliação do paciente e entrevista com acompanhantes e profissionais, através de questionário específico(1). Buscando identificar quais fatores contribuíram para a queda do paciente e quais condutas foram tomadas para que o paciente não tivesse reincidência de quedas. Aproveitamos o momento da investigação para reorientar a equipe de saúde, o paciente e seus acompanhantes.

Os pacientes incluídos no estudo foram todos os pacientes internados em todas as unidades do hospital no período de junho de 2008 a dezembro de 2008 que tiveram ocorrência de queda notificada ao Serviço de Gestão de Risco.

Para análise e apresentação dos dados utilizou-se o software Excel, para apresentação dos resultados em tabelas e gráficos.

Resultados

No período de julho a dezembro de 2008 identificamos uma prevalência de 40 quedas em nossa instituição, incidência de 0,9 quedas/1000 paciente-dia e 0,93 quedas/1000paciente-dia no segundo semestre de 2008. Sendo que 40% dos pacientes que caíram tinham idade acima de 60 anos e 25% acima de 75 anos de idade.

As estatísticas descritivas são apresentadas nos gráficos abaixo. A distribuição por faixa-etária é apresentada no Gráfico 1 e a distribuição por sexo no Gráfico 2.

Gráfico 1 – Distribuição por faixa etária

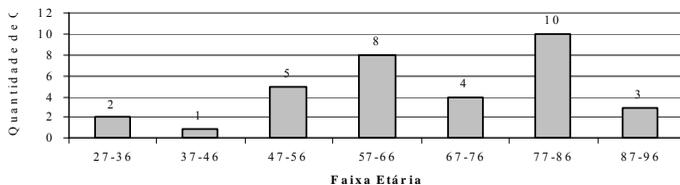
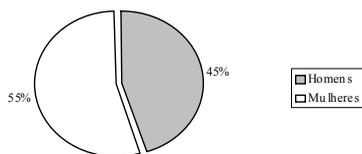
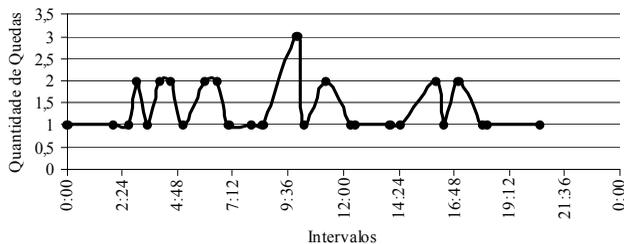


Gráfico 2 - Distribuição de quedas por sexo



Além da idade identificamos que o período mais frequente de quedas foi entre 2:24 e 07:00 da manhã, conforme pode ser visualizado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição de quedas por intervalo de horários



Na Tabela 1 pode-se avaliar os fatores que mais contribuíram para que o paciente caísse, a principal causa foi o uso de medicamentos de alto risco. Na Tabela 2 observa-se os medicamentos em uso durante o período em que houve o evento.

Tabela 1 – Fatores que contribuíram para que a queda ocorresse

Tabela 2 – Distribuição de Medicamentos em uso.

Fatores que contribuíram para a queda	(n)	%
Medicamentos de alto risco	30	75%
Dificuldade de Mobilização	23	58%
Alteração de Sensório	21	53%
Estado Fisiológico	15	38%
História de Queda Prévia	15	38%
História Prévia de Fratura	13	33%
Total de Quedas	40	

Tabela 2 – Distribuição de Medicamentos em uso .

Distribuição por Medicamentos em Uso	(n)	%
Benzodiazepínicos	24	60%
Anticonvulsivantes	6	15%
Opióides	17	43%
Anti-hipertensivo	23	58%
Anticoagulantes	17	43%

Em relação a gravidade das quedas pode-se observar na Tabela 3 80% das quedas foram de gravidade mínima.

Tabela 3. Distribuição por severidade da queda.

Severidade da Queda	(n)	%
Grave	1	3%
Moderada	7	18%
Mínima	32	80%
Total de quedas	40	

Também identificamos que 63% dos pacientes que caíram haviam sido orientados para risco de queda e que em 50% dos casos intervenções para prevenir queda foram implantadas

Conclusões

Nossa taxa média de quedas é menor que o encontrado na literatura internacional.

Observa-se por meio deste estudo que a maioria dos pacientes que caem em nossa instituição são idosos, acompanhando a tendência mundial. Além disso, um dos principais fatores que contribuem para que as quedas ocorram é o número de medicamentos de alto risco em uso, o que pode alterar o sensório do paciente e fazer com que, embora orientado quanto ao risco de queda na admissão, ele venha a cair num determinado período da internação.

As medidas para reduzir o risco de queda, tais como grades do leito elevadas e orientações aos pacientes, acompanhantes e equipe de saúde não tem sido muito efetivas, o que exige um esforço intenso de reorientação e avaliação do entendimento do comportamento seguro. No entanto as quedas que aconteceram no hospital foram de severidade mínima.

O principal desafio consiste em constante adaptação da equipe as necessidades de educação de cada paciente.

Referências

- IHI. Institute for Healthcare Improvement. Patient Safety Reducing Harm from Falls for Healthcare Improvement; Disponível em <http://www.ihl.org>. Acesso em 02 de janeiro de 2009.
- Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "Up e Go": a teste f basic funcional mobility for frail elderly persons. J Am geriatr Soc 1991; 36; 142-148
- American Family Physician. www.aafp.org. AFP Volume 72, number 1. Julho de 2005.
- Rizzo J. A, Friedkin R, Williams C.S, Nabors J, Acampora D, Tinetti M.E. Health care utilization and cost in a medicare population by fall status. Medical Care 1998, 36 (8): 1174-
- R. Schwendimann, S. De Geest, K. Milisen. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalized patients. Institute of Nursing Science,
- Evans D, Hodgkinson B, Lambert L, Wood J. Falls risk factors in the hospital setting: a systematic review. Int J Nurs Prac 2001; 7 (1): 38-45.
- Oliver D, Daly F, Martin FC, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing 2004; 33 (2): 122-30.
- Rubeinstein LZ, Josephson KR. The Epidemiology of falls and syncope. Clin Geriatr.Med 2002; 18:141-158.

T00211 - ANÁLISE DA ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUANTO ÀS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO E ISOLAMENTO POR CONTATO EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO

Autor: LUDMILA OTERO OLIVEIRA SANTOS; Co-auteres; NÁDIA BRUNA DA SILVA; GISLAINE CRISTHINA BELLUSSE; MARIA AUXILIADORA MANCILHA CARVALHO PEDIGONE

RESUMO

Com o surgimento da resistência dos microrganismos aos antibióticos, tornou-se imprescindível o isolamento/separação de pacientes colonizados e/ou infectados pelos chamados germes multirresistentes, sustentando a necessidade de prevenir a disseminação desses patógenos a outros pacientes. Este estudo teve a finalidade de analisar as práticas de precaução e isolamento como instrumento crucial para o controle eficaz de infecções no ambiente hospitalar, melhorando assim a qualidade da assistência prestada. Desse modo, pudemos verificar a dificuldade de adesão a estas práticas pelos profissionais, principalmente na categoria médica, o que implica na necessidade de sensibilização constante destes profissionais frente à importância destas medidas.

INTRODUÇÃO

A vigilância epidemiológica é o instrumento chave utilizado pelo Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) com a finalidade de desenvolver ações contínuas como a definição dos eventos a serem estudados, coleta de dados, consolidação e tabulação dos dados, interpretação, análise e divulgação de dados dos eventos hospitalares no intuito de diminuir a morbimortalidade de pacientes e melhorando assim as condições de saúde e assistência prestada (HALLAGE; LACERDA, 2007).

Essas ações constituem-se em ótimo programa de educação em serviços de saúde, onde a cada não-conformidade encontrada na aplicação destas medidas, geram ações corretivas que por sua vez, reorientarão a prática das ações de controle (HALLAGE; LACERDA, 2007).

A transmissão de bactérias e outros agentes infecciosos entre pacientes colonizados e/ou infectados para pacientes susceptíveis e profissionais da saúde, colaboram com o aumento das infecções hospitalares e com o aparecimento de cepas multirresistentes. Estes microrganismos surgiram com a resistência aos antimicrobianos, causadas muitas vezes pelo seu uso irracional, tomando-os de difícil tratamento. Com isso a necessidade de prevenir a transmissão desses patógenos tornou-se um assunto bem estabelecido na literatura e na prática profissional (GOMES, 2003; MOURA, 2004).

O isolamento é a separação de pessoas infectadas durante o período de transmissibilidade da doença que permite evitar a transmissão direta ou indireta do agente infeccioso a indivíduos susceptíveis ou que possam transmiti-lo a outros. Vale ressaltar que o isolamento é uma medida dinâmica aplicada a todos os pacientes internados no qual o modo e o tempo de isolamento que estes devem permanecer sob estas medidas devem ser avaliados e prescritos diariamente. Atualmente os sistemas e procedimentos de isolamento sustentam-se em bases científicas e na racionalidade. (GAMMON, 1998; MATOS, 2001; RICHTMANN, 2008).

O sistema de precauções e isolamento elaborado pelo CDC e divulgado em 1996 considera dois níveis de precauções, as chamadas precauções padrão que são indicadas para todos os pacientes independentemente da presença ou ausência de doença transmissível comprovada, e precauções baseadas no modo de transmissão às quais são designadas para pacientes suspeitos, ou, sabidamente infectados/colonizados por patógenos transmissíveis epidemiologicamente importante. Deste modo, são classificadas em Precauções de Contato e Precauções Respiratórias para gotículas e para aerossóis infectantes (SILVA et al, 2000; NICHIAI et al, 2003; APECIH, 2006).

As precauções por contato são indicadas quando há infecção (ou suspeita de infecção) ou colonização por bactérias multirresistentes ou microrganismos epidemiologicamente importantes (rotavírus, diarreia aguda, infecção do sítio cirúrgico, escabiose, pediculose), passíveis de infecção por contato direto de pessoa para pessoa onde as mãos é um veículo importante neste mecanismo e/ou contato indireto que envolve contato de um hospedeiro susceptível com objetos contaminados (instrumentos, roupas ou luvas que não foram traçadas entre pacientes) (GOMES, 2003; DESTRA et al, 2004;).

Há várias medidas que devem ser seguidas em casos de precauções por contato, das quais podemos citar os quartos privativos ou coorte de pacientes com a mesma doença ou microrganismo, uso de luvas para qualquer contato com paciente devendo ser trocadas após contato com material contaminado/infectado, uso de avental na possibilidade de contato da área infectante com as roupas do profissional. Este deve ser usado somente uma vez e retirados dentro do quarto. Após a retirada das luvas as mãos devem ser higienizadas. Evitar a locomoção do paciente pelo hospital, caso seja necessário deve-se seguir as precauções durante todo trajeto. A limpeza do quarto deve ser realizada segundo a rotina do hospital, e os artigos de cuidados com o paciente (termômetro, estetoscópio) deverão ser de uso exclusivo do mesmo, passando por um processo de desinfecção ou esterilização após a alta hospitalar, e ainda, as visitas deverão ser restritas e reduzidas (APECIH, 2006).

Precauções por aerossol são indicadas para redução de agentes infecciosos transmitidos pelo ar, ocorrendo pela disseminação de pequenas partículas (<5 µ) suspensas no ar por longos períodos, podendo ser dispersas a longas distâncias. São exemplos varicela, sarampo, tuberculose. Neste caso o quarto privativo deve ser indicação absoluta, as portas sempre fechadas e com boa ventilação. O uso da máscara N95 é algo indispensável e estas podem ser usadas por longos períodos pelo mesmo profissional desde que limpas e íntegras. No caso de locomoção do paciente pelo hospital, o mesmo deve fazer uso da máscara cirúrgica. Além disso, é de grande importância que a permanência de visitantes e acompanhantes no quarto seja restrita e bem orientada sobre as medidas de precauções a serem seguidas. A higienização das mãos ao entrar e sair do quarto deve ser colocada em prática (MATOS, 2001; DESTRA et al, 2004).

Já as precauções por gotículas são indicadas quando pacientes portadores ou infectados por patógenos transmitidos por gotículas >5 µ e gerados durante a tosse, espirro, conversação ou realização de procedimentos, como broncoscopia. As gotículas são transportadas a pequenas distâncias podendo ser depositadas na mucosa da boca e do nariz. Sendo assim, o paciente deve permanecer em quarto privativo quando possível, o uso de máscara cirúrgica deve ser utilizado quando houver uma proximidade menor que um metro do paciente e seu transporte deve ser restrito, quando este for impossível a melhor forma é transportá-lo utilizando máscara cirúrgica (SILVA et al, 2000; SILVA, 2007).

Baseado nestas considerações percebemos que a elaboração e a execução de uma vigilância às precauções de isolamento, utilizando os indicadores de processo, faz-se de extrema importância no controle de infecções hospitalares quando corretamente colocados em prática. Assim, temos a definição de processo como sendo o modo pelo qual se realiza uma determinada operação respeitando normas, métodos ou técnicas. A frequência dos eventos em observação (oportunidades), a interpretação e as estratégias das ações colaboram com o controle de Infecção Hospitalar, melhorando assim, a qualidade da assistência.

JUSTIFICATIVA

Observar in locu, através do método de vigilância de processo, a adesão dos profissionais da saúde frente às medidas de precaução e isolamento na assistência ao paciente em uma Instituição de grande porte no interior do Estado de São Paulo, garantindo assim que essas medidas sejam adequadamente executadas impedindo a disseminação dos microorganismos que contribuem para o aumento das infecções hospitalares e com isso melhorando a qualidade da assistência prestada. Diante do fato da dificuldade de adesão destes profissionais a estas práticas e o que a sua não conformidade pode gerar, apontaremos sugestões e soluções com caráter educacional. Devido à ocorrência de casos de isolamentos por contato acontecerem com maior frequência que os casos de isolamento por gotícula e aerossol, na Instituição, optamos por desenvolver esta pesquisa somente a estes casos, pois assim garantiríamos dados suficientes para obtermos resultados fidedignos.

MÉTODOS

Foi elaborado um instrumento de avaliação contendo várias questões relacionadas ao tema, como: o profissional da saúde faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?; faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?; o avental está sendo vestido na técnica correta e guardado corretamente?; o avental é retirado ao sair do quarto?; as luvas são retiradas ao sair do quarto?; faz desinfecção prévia de artigos (estetoscópio, termômetro, esfigmomanômetro)?; faz desinfecção das superfícies próximas ao paciente (cama, mesa lateral)?; é feita anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto e anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?. Em seguida foi realizada busca ativa observacional das Precauções de Isolamento em alguns setores da referida instituição (Clínicas: Médica e Cirúrgica, CTI Adulto e CTI Infantil). As observações foram realizadas durante os meses de maio a setembro de 2008, no período da tarde. O tempo de permanência no local para a coleta de dados foi estabelecido uma hora em cada setor e após a coleta de dados, estes foram avaliados e iniciados treinamento para a equipe de saúde quanto às precauções.

RESULTADOS

A presente pesquisa foi realizada através de busca ativa observacional, obtendo um total de 264 observações, sendo que foram observados 13 enfermeiros, 234 técnico/auxiliares de enfermagem e 17 médicos, nos setores descritos na metodologia. Estes números deixam claro que a enfermagem permanece maior tempo na assistência direta ao paciente do que as outras categorias profissionais, como comprovam um estudo realizado por Campos e Fonseca, 2008. Quando observados os quartos de isolamentos, notamos que 100% deles continham sinalização (placas de identificação dos tipos de isolamentos padronizadas na instituição), comprovando que a orientação sobre as medidas de precaução existe, mas há uma dificuldade na adesão às medidas por alguns destes profissionais. Os resultados destas observações por categoria profissional encontrados foram:

Tabela 1 - Adesão dos Enfermeiros às "Precauções e Isolamento por Contato" segundo as práticas elaboradas.

Procedimentos Observados	Enfermeiros 13 (100%)								
	Sim (%)	Não (%)	Não usou (%)	Não observado (%)	Total				
Faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?	9	69	4	31	—	—	—	13	
Faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?	9	69	4	31	—	—	—	13	
O avental é vestido na técnica correta?	7	54	2	15	4	31	—	13	
O avental é guardado corretamente?	5	38	4	31	4	31	—	13	
O avental é retirado ao sair do quarto?	9	69	0	0	4	31	—	13	
As luvas são retiradas ao sair do quarto?	9	69	0	0	4	31	—	13	
Desinfecção prévias de artigos (esteto, esfigmo e termômetro)?	2	15	0	0	—	11	85	13	
É feita a anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto?	2	15	7	54	—	4	31	13	
É feita a anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?	10	77	2	15	—	1	8	13	
TOTAL	62	53	23	19	16	14	16	14	117

Considerando os resultados apresentados na Tabela 1, onde avaliamos a categoria profissional Enfermeiros, conclui-se que mesmo obtendo um resultado positivo em relação à adesão às normas de precaução por contato, os profissionais em questão não aderiram 100% a estas medidas recomendadas. Foram observados 13 enfermeiros em 117 oportunidades nos diferentes setores. Desse total, tivemos uma adesão às medidas de 53% (62), e em 19% (23) das oportunidades observadas não houve o adequado seguimento das recomendações. Dentre os itens avaliados, observamos que em 14% (16) das oportunidades, o profissional nem chegou a fazer o uso de equipamentos básicos de proteção como avental e luvas.

Diante do fato de que em algumas vezes, ao iniciarmos as observações, o profissional já se encontrava realizando procedimentos, ou ainda, quando nosso tempo de permanência no setor já havia se esgotado, 14% (16) das oportunidades não puderam ser observadas.

Observa-se na Tabela 2 em um total de 234 observações destes profissionais, 2340 oportunidades foram analisadas e destas, 46% (1081) estavam adequadas, e 23% (541) não estavam de acordo com o esperado. Em 14% (325) das oportunidades, os profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem também não chegaram a usar os equipamentos necessários e 17% (393) destas corresponderam aos casos não observados por motivos já citados anteriormente.

A Tabela 3 mostra que dos 17 médicos observados, houve um total de 153 oportunidades de observações para as precauções por contato. Os resultados obtidos então foram de que em 8% (12) dessas observações notou-se adesão às práticas recomendadas; em 39% (60) não houve adesão conforme o estabelecido; em 44% (67) os profissionais sequer fizeram uso dos equipamentos necessários e em 9% (14) os casos não foram observados de acordo com os motivos explicados na tabela 1.

Tabela 2 - Adesão dos Técnicos/Auxiliares de enfermagem às "Precauções e Isolamento por Contato" segundo as práticas elaboradas.

Procedimentos Observados	Téc/Aux. de Enfermagem 234 (100%)								
	Sim	(%)	Não	(%)	Não usou	(%)	Não observado	(%)	Total
Faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?	147	63	87	37	–	–	–	–	234
Faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?	170	73	64	27	–	–	–	–	234
O avental é vestido na técnica correta?	70	3	77	33	87	37	–	–	234
O avental é guardado corretamente?	54	23	93	40	87	37	–	–	234
O avental é retirado ao sair do quarto?	142	61	5	2	87	37	–	–	234
As luvas são retiradas ao sair do quarto?	156	67	14	6	64	27	–	–	234
Desinfecção prévias de artigos (esteto, esfigmo e termômetro)?	72	31	14	14	–	–	148	63	234
Faz desinfecção das superfícies próximas do paciente (cama, mesa lateral)?	11	5	2	9	–	–	221	94	234
É feita a anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto?	78	33	136	58	–	–	20	9	234
É feita a anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?	181	77	49	21	–	–	4	2	234
TOTAL	1081	46	541	23	325	14	393	17	2340

Tabela 3 - Adesão de Médicos às "Precauções e Isolamento por Contato" segundo as práticas elaboradas.

Procedimentos Observados	Médicos 17 (100%)								
	Sim	(%)	Não	(%)	Não usou	(%)	Não observado	(%)	Total
Faz uso de avental de manga longa ao entrar no quarto?	0	0	17	100	–	–	–	–	17
Faz uso de luvas de procedimento no manuseio do paciente?	1	6	16	94	–	–	–	–	17
O avental é vestido na técnica correta?	0	0	0	0	17	100	–	–	17
O avental é guardado corretamente?	0	0	0	0	17	100	–	–	17
O avental é retirado ao sair do quarto?	0	0	0	0	17	100	–	–	17
As luvas são retiradas ao sair do quarto?	1	6	0	0	16	94	–	–	17
Desinfecção prévias de artigos (esteto, esfigmo e termômetro)?	3	18	0	0	–	–	14	82	17
É feita a anti-sepsia das mãos ao entrar no quarto?	1	6	16	94	–	–	–	–	17
É feita a anti-sepsia das mãos ao sair do quarto?	6	35	11	65	–	–	–	–	17
TOTAL	12	8	60	39	67	44	14	9	153

CONCLUSÃO

Observamos através desse estudo, que a adesão dos profissionais às medidas de precaução por contato não foi realizada por todos os profissionais de saúde e quando realizadas eram de maneira inadequada. A adesão às medidas deveria ser de 100%, segundo CDC e Protocolo de Isolamento Específico da instituição em estudo, porém, isso não ocorreu na prática.

Das categorias profissionais avaliadas observou-se uma maior adesão por parte dos enfermeiros quando comparada aos técnicos/auxiliares e estes por sua vez maior quando comparados aos médicos, onde, esta última categoria destacou-se pela baixíssima adesão às medidas de precauções.

Diante desses resultados ficou evidente a necessidade de elaborar estratégias de intervenção capaz de aprimorar as condutas dos profissionais de saúde quanto à importância às medidas de precaução por contato. Com isso, foi realizado um treinamento com todos esses profissionais da saúde, onde foram apresentados os resultados da pesquisa realizada e as propostas de melhoria à adesão das precauções de contato que consequentemente proporcionarão uma melhor qualidade de assistência ao paciente.

A importância desse estudo se destaca devido ao fato da intervenção poder ser feita no momento da coleta de dados; por se tratar de método educativo e contínuo podendo ser aplicada a qualquer serviço de saúde.

Com tudo, favorece o envolvimento do profissional da assistência e, consequentemente, sua integração com o grupo de controle de infecção, gerando um processo de melhoria contínua.

REFERÊNCIAS

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Precauções e Isolamento. 2. ed. São Paulo: APECIH, 2006.

CAMPOS, F. R.; FONSECA, S. M. da. Vigilância de Processo na Higienização das Mãos nas Unidades de Internação. In: XI Congresso Brasileiro de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar, 2008, Rio de Janeiro. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. Salvador: Editorial Office, 2008. v. 12. p. 227-227.

DESTRA, A.S. et al. Risco Ocupacional e Medidas de Precauções e Isolamento – Módulo 5. In: Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. São Paulo: ANVISA, 2004.

FIGUEIREDO, R.M.; LEITE, C. As práticas de Precauções/Isolamento a partir de Diagnóstico em Unidade de Moléstias Infeciosas. Revista Eletrônica de Enfermagem. vol.8, no.3, p.358-362, Dez. 2006.

GAMMON, J. Uma revisão sobre o desenvolvimento das precauções de isolamento/Patient isolation. Nursing (São Paulo); 1(1):15-9, jun. 1998.

GOMES, D.L.C. Precauções e Isolamento de Pacientes. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G.; NOGUEIRA, J.M. Infecção Hospitalar e outras Complicações Não-Infeciosas da Doença: Epidemiologia, Controle e Tratamento. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

HALLAGE, N. M.; LACERDA, R. Indicadores de Processo. In: APECIH - Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Como Instituir um Programa de Controle Hospitalar. São Paulo, 2007. p. 39.

MATOS, J.C.; MARTINS, M.A. Precauções em Doenças Infecto-contagiosas. In: MARTINS, M.A. Manual de Infecção Hospitalar – Epidemiologia prevenção e Controle. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001, cap. 47, p.597-600.

MOURA, J.P. A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microrganismos multirresistentes. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

NICHIIATA, Lúcia Yasuko Izumi et al. Evolução dos isolamentos em doenças transmissíveis: os saberes na prática contemporânea. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 38, n. 1, Mar. 2004.

RICHTMANN, R. Epidemiologia e Precauções das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. In: RODRIGUES, E.A.C.; RICHTMANN, R. IRAS - Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 1. ed. São Paulo: Sarvier, 2008.

SILVA, A.A. Precauções e Isolamento. In: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Como Instituir um Programa de Controle de Infecção Hospitalar. São Paulo: APECIH, 2007. p. 113.

SILVA, A.M.C. et al. Precauções de Isolamento. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo: Atheneu, vol 2. 2000.

TOO0212 - VIGILÂNCIA DE PROCESSO NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

Autor: FABRÍCIO RIBEIRO DE CAMPOS; Co-autores: SELMA MARQUETIDA FONSECA; GISLAINE CRISTHINA BELLUSSE; MARIA AUXILIADORA MANCILHA CARVALHO PEDIGONE

RESUMO

A proposta da Vigilância de Processo na Higienização das Mãos é apontar, através de uma observação direta, problemas ou dificuldades dos profissionais assistenciais de saúde em relação à adesão e a prática da higienização das mãos. Os resultados obtidos durante a pesquisa antes e após a intervenção foram: taxa geral de adesão à higienização das mãos antes da intervenção: 35%; e a taxa geral após a intervenção foi de 57,5%. Concluindo, o que se percebe é que a colaboração entre as equipes multiprofissionais pode levar a mudanças no perfil de higienização das mãos e consequentemente na transmissão de infecções hospitalares.

INTRODUÇÃO

Os programas que enfocam a segurança no cuidado do paciente nos serviços de saúde tratam como prioridade o tema higienização das mãos (HM) e como exemplo podemos citar a iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o projeto: “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, firmada com vários países desde 2004, cujo foco foi a prevenção de infecção relacionada à assistência a saúde (Iras) (ANVISA, 2007).

Percebemos que nos dias atuais, há um esforço muito grande por parte de todas as esferas governamentais para divulgar os riscos associados ao cuidado em saúde, como exemplo disso, a divulgação de infecções em estabelecimentos hospitalares e seus fatores desencadeantes. Baseiam-se estritamente na higienização das mãos como o principal método de garantia da manutenção da saúde e como forma de prevenção dessas infecções nessas instituições.

De acordo com Santos (1996), as infecções hospitalares representam um importante problema endêmico, contabilizando cerca de 3 a 5 por cento dos pacientes hospitalizados nos Estados Unidos e cerca de 15,6 por cento em nosso país.

Essas infecções aumentam os gastos hospitalares, gerando despesas extras com o tratamento específico, tempo de internação, expondo o paciente a mais riscos de contrair novas infecções, além de aumentar o desgaste do mesmo.

Segundo Maierovitch (ANVISA, 2007), embora a higienização das mãos seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, colocá-la em prática consiste em tarefa complexa e difícil.

A importância das mãos na transmissão de infecções hospitalares é reconhecida mundialmente, entretanto, é muito difícil introduzir o procedimento da higienização das mãos entre os profissionais assistenciais de saúde, (NOGUEIRA et al., 2001), e percebemos ainda que, estudos comprovam a baixa adesão a higienização das mãos na prática assistencial, devido a fatores externos como a falta de tempo, a alta demanda de pacientes nos setores e a localização dessas pias.

O gesto de lavar as mãos sobrevive até hoje como medida mais eficaz e importante na prevenção das infecções, sendo realizada antes e após o contato com cada paciente (ANDRADE, 2002; BRUNNER ; SUDARTH, 2002).

Em seu artigo sobre infecção em Neonatologia, Richtmann (1996) reconhece a importância da adesão a higienização das mãos pelos profissionais de saúde, evidenciando-os como fontes de contaminação e disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar.

As mãos de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e outros profissionais que mantêm contato direto com pacientes são os principais veículos de infecção cruzada (AYLIFFE et al., 1998).

A Vigilância de Processo na Higienização das Mãos, nesse contexto, é o método de monitorização mais indicado para avaliar a frequência e a forma como os PAS estão realizando a higienização de suas mãos (APECIH, 2007).

A partir desse método de vigilância podemos avaliar em tempo real as ações no cuidado aos pacientes, acompanhando não somente o processo de higienização das mãos, mas também todo o cuidado prestado ao paciente.

Esta vigilância pode ser encarada como uma vigilância epidemiológica ou uma auditoria, funcionando como um “sistema de controle”, com a finalidade de informar sobre a eficácia e eficiência da higienização das mãos (APECIH, 2007).

Durante gerações, a lavagem das mãos com água e sabão tem sido considerada uma medida de higiene pessoal (APECIH, 2003).

O paradigma de que a higienização das mãos constitui o papel fundamental na prevenção das infecções hospitalares é bastante antigo e várias pesquisas vem sendo desenvolvidas e publicadas desde Semmelweis, em 1847 (FERNANDES, 2000).

A higienização das mãos é e sempre será a mais importante e a mais simples medida de controle de transmissão de microorganismos na área hospitalar (SÃO PAULO, 2006) e, para Martins (2001), se realizada corretamente remove das mãos microorganismos adquiridos transitoriamente no contato com pacientes, ambientes e superfícies.

Para Oliveira (2003), os microorganismos mais associados à ocorrência das infecções são pertencentes à flora transitória, podendo ser facilmente removida pela higienização das mãos.

Comenta Santos (2002), que a higienização das mãos é uma conduta de baixo custo e de grande valor capaz de reduzir o número de infecções e interromper possíveis surtos em estabelecimentos de saúde.

De acordo com Medeiros et al. (2002 apud SCHEIDT; CARVALHO, 2006, p. 221) em nosso país, estima-se que 3% a 15% dos pacientes hospitalizados desenvolvem algum tipo de infecção hospitalar e apontam como causa principal as mãos dos PAS como meio de transmissão dessas infecções.

No trabalho de Gontijo Filho, Borges e Rocha (2007) e segundo o Centers for Disease Control (CDC, 2002), nas mãos dos profissionais de saúde, o número de microorganismos pode variar de 3,9 x 10⁴ a 4,6 x 10⁶ unidades formadoras de colônia e que a higienização das mãos, feita corretamente, é suficiente para reduzir mais de 90% da microbiota transitória (infecante).

Apesar de inúmeras campanhas para controle de infecção em saúde, as mãos dos PAS continuam sendo a fonte mais freqüente de contaminação e disseminação da infecção (CARVALHO; LOPES; PELLITTERI, 1988).

Estudos mostram ainda que médicos, profissionais com sobrecarga de trabalho e de assistência a pacientes graves, são os que menos aderem a esta recomendação (UNICAMP, 2003).

Pias muito distantes e com barreiras físicas podem desencorajar o profissional de saúde a lavar as mãos; o tempo necessário para a equipe de saúde deixar a beira do leito, ir até a pia, lavar e secar as mãos antes de cuidar do próximo paciente é fator que reduz a adesão a higienização das mãos. Controles de engenharia poderiam facilitar a adesão, porém a vigilância de processo em higienização deve estar atenta aos novos dispositivos de lavagem de mãos (APECIH, 2003).

Neste sentido, visando à prevenção da disseminação de microorganismos via mãos, a Vigilância de Processo, ao contrário dos métodos utilizados para obtenção de índices de infecção hospitalar, não se limita somente na observação dos casos de infecção, mas amplia sua atenção propondo-se a observar como são executadas as ações de controle nos serviços de saúde, particularmente, nos hospitais (APECIH, 2007).

Vale lembrar também que, este sistema funciona como um verdadeiro programa de educação em serviço apontando as falhas no momento da execução da técnica de higienização das mãos, onde cada não conformidade verificada na aplicação da técnica correta gera uma ação corretiva e as ações corretivas promovidas, após parecer da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), reorientarão a prática das ações de controle assumindo, portanto, um caráter educacional (APECIH, 2007).

Enfim, a proposta Vigilância de Processo na Higienização das Mãos realizada em duas unidades de internação de um hospital no interior do estado de São Paulo, veio mostrar a freqüência e a técnica em que os PAS realizam a higienização de suas mãos.

JUSTIFICATIVA

Os seguintes argumentos são invocados para justificar a pesquisa:

a) Atualidade do tema: tendo em vista a grande discussão acerca dos índices de infecções hospitalares, veiculadas através da má higienização das mãos, bem como medidas para prevenção e o controle da redução maciça desses índices, através de um controle de vigilância e educação contínuo.

b) Relevância do tema: considerando a atualidade e a gama de divergências que envolvem os instrumentos de avaliação de controle de infecções hospitalares existentes, o trabalho proposto, alcançando qualidade e profundidade necessárias, poderá contribuir para a efetivação e consequente consolidação de um sistema de vigilância de processo na higienização das mãos baseado na redução de índices e possíveis focos de transmissão de infecções, bem como educação e preparo para os profissionais que estão frente à linha assistencial.

c) Ineditismo do tema: o tema proposto já é objeto de debate em congressos, jornadas e fóruns relacionados ao controle de infecções e por esse motivo, pouco foi escrito a respeito, havendo bons artigos escritos sobre o assunto, mas pouca bibliografia no que se refere a implantação do sistema de vigilância de processo contínuo da higienização das mãos.

d) Pertinência do tema: o tema proposto também é objeto de análise e experimento em várias redes hospitalares, visando uma ação preventiva e diagnosticadora de falhas na ação básica que antecede a realização de qualquer procedimento, que é a higiene das mãos.

e) O trabalho com vigilância da higienização das mãos permite a sua avaliação em qualquer serviço, setor, unidade: ambulatorial, hospitalar, unidades de longa permanência, serviços de cuidados domiciliares, entre outros.

f) Favorece a adesão e o envolvimento do profissional da assistência e, portanto, sua integração com a equipe e o controle de infecção hospitalar.

g) O trabalho com vigilância de processo na higienização das mãos gera um processo de melhoria contínua da assistência, objetivando garantir uma maior adesão dos profissionais a essa prática e conseqüente forma de educação em serviço.

MÉTODOS

A metodologia adotada foi a pesquisa de campo, que segundo a definição de Spink (2003, p. 18) “o pesquisador vai ao campo para coletar dados que serão depois analisados utilizando uma variedade de métodos tanto para a coleta quanto para a análise”.

A pesquisa foi realizada mediante parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da referida instituição (parecer administrativo nº 014/2008 e protocolo nº 027/2008), onde um estudo observacional foi realizado com uma amostra de conveniência de profissionais em duas unidades de internação cirúrgica em um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo, no período de abril a julho de 2008.

Em visitas diárias a essas unidades, foram acompanhados os procedimentos como, procedimentos invasivos e não invasivos, preparo de medicação entre outros realizados nos pacientes.

Os profissionais observados foram todos aqueles que passaram pelas unidades neste período, sendo eles, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e outros que tiveram contato direto com o paciente.

Foi observada a frequência da higienização das mãos realizada pelo PAS no período citado e registradas em um indicador próprio que se encontra como anexo I.

Os dados coletados foram interpretados e calculadas a frequência da higienização das mãos em situações selecionadas e por categoria profissional.

Em meio à pesquisa, com resultados parcialmente obtidos, constatamos a dificuldade dos PAS em executar e aderir às técnicas da higienização das mãos. Diante disso, realizamos um treinamento com os gerentes de enfermagem de vários setores da instituição expondo o problema e capacitando-os para o treinamento de seus funcionários referente à adesão da técnica correta da higienização das mãos. Dessa forma, obtivemos dois momentos em nossa pesquisa: antes e após a intervenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe de profissionais que nos foi exposta no período de nossa pesquisa neste hospital é composta por funcionários das duas unidades de internação cirúrgica e outros de apoio externo como laboratório de análise clínica, banco de sangue, médicos, nutricionista, fisioterapeutas e estagiários. Observamos que mais da metade dos profissionais pertencem a equipe de enfermagem, entre auxiliares, técnicos, enfermeiros e estagiários. Fato este que demonstra que é a enfermagem que presta maior assistência e conseqüentemente tem um contato maior com o paciente. Desse modo o papel da enfermagem é crucial na prevenção e controle da infecção hospitalar. No primeiro momento da pesquisa, antes da intervenção, mil seiscentas e noventa e duas (1692) oportunidades para a higienização das mãos entre procedimentos variados como: antes de preparar medicamentos, antes e após procedimentos invasivos como a realização de cateterismos, e/ou não invasivos como a realização de curativos, antes de colocar luvas, após retirada de luvas, procedimentos diferentes com o mesmo paciente, foram observadas, das quais quinhentas e oitenta e nove (589) ou seja 35% tiveram adesão a higienização das mãos e destas somente 40% foram realizadas na técnica adequada.

Tabela 1 – Comportamento de adesão a higienização das mãos, antes e após a execução dos procedimentos, segundo o procedimento executado (antes da intervenção):

Tipos de Procedimentos	Adesão				TOTAL
	SIM	(%)	NÃO	(%)	
Antes de preparar medicação	11	8	121	92	132
Antes de procedimento não invasivo no paciente	53	15	303	85	356
Após procedimento não invasivo no paciente	357	57	270	43	627
Após contato com material orgânico	13	48	14	52	27
Antes de colocar luvas	5	3	140	97	145
Após retirada de luvas	26	41	38	59	64
Entre procedimentos com o mesmo paciente	0	0	24	100	24
Antes de procedimento invasivo no paciente	21	14	127	86	145
Após procedimento invasivo no paciente	113	63	61	37	164
TOTAL	589	35	1103	65	1692

*Procedimentos invasivos: punção venosa, cateterismo vesical, sondagem, administração de medicação parenteral, aspiração oro/endo – traqueal. *Procedimentos não invasivos: banho de leito, aferição sinais vitais, mudança de decúbito, administração de dieta enteral.

Após este primeiro momento, com a realização da intervenção para o incentivo aos profissionais de todas as unidades deste hospital na adesão a HM, reiniciamos a observação nas duas unidades de internação cirúrgica onde obtivemos os seguintes dados na tabela 2: em oitocentas e noventa e oito (898) oportunidades decorridas antes e após a realização de procedimentos, como preparar medicamentos, administrar medicamentos, realizar curativos, após contato com fluidos corpóreos, punção venosa, coleta de sangue, procedimentos da fisioterapia, sondagens e cateterismo, procedimentos diversos em um mesmo paciente, foram realizadas a HM em quinhentas e treze (513) oportunidades, ou seja, em 57% das oportunidades, e destas 77% foram realizadas na técnica recomendada. Este resultado vem confirmar que a monitorização e a educação continuada são fatores importantes na adesão da prática da HM com ênfase na técnica recomendada.

Tabela 2 – Comportamento de adesão a higienização das mãos, antes e após a execução dos procedimentos, segundo o procedimento executado (após a intervenção):

Tipos de Procedimentos	Adesão				TOTAL
	SIM	(%)	NÃO	(%)	
Antes de preparar medicação	08	16	41	84	49
Antes de procedimento não invasivo no paciente	04	17	20	83	24
Após procedimento não invasivo no paciente	12	63	07	37	19
Após contato com material orgânico	01	50	01	51	29
Antes de colocar luvas	03	37	05	62	08
Após retirada de luvas	54	31	119	69	173
Entre procedimentos com o mesmo paciente	383	71	157	29	540
Antes de procedimento invasivo no paciente	17	41	24	58	41
Após procedimento invasivo no paciente	31	74	11	26	42
TOTAL	513	57	385	43	898

No registro de adesão por categoria profissional, é nítido que o profissional que apresenta maior resistência a adesão à prática da HM é o profissional da classe médica, mesmo após a intervenção. Tabela 3 – Comportamento de adesão a higienização das mãos por categoria profissional:

Categoria profissional	Oportunidades		Adesão			
	Antes	Após	Antes	(%)	Após	(%)
Auxiliar/Técnico de Enfermagem	1391	670	469	34	384	57
Enfermeiro	64	31	27	42	31	100
Médico	113	68	18	16	9	13
Fisioterapeuta	22	45	8	36	27	60
Outros	102	84	63	62	63	75
TOTAL	1692	898	585	35	513	57

*Outros: Nutricionistas, Técnicos de laboratórios, Fonoaudiólogos e Estagiários.

Tabela 4 – Número e porcentagem da adesão global a higienização das mãos antes e após a intervenção, observados nos quatro meses do estudo.

Adesão Global	Antes	(%)	Após	(%)
SIM	589	35	513	57
NÃO	1103	65	385	43
TOTAL	1692	100	898	100

Tabela 5 – Número e porcentagem da higienização das mãos realizadas na técnica recomendada durante o estudo.

Técnica Recomendada	Antes	(%)	Após	(%)
SIM	237	40	395	77
NÃO	352	60	118	23
TOTAL	589	100	513	100

Avaliando as tabelas 3, 4 e 5 verificamos um impacto na adesão a HM após a intervenção, assim relacionado: entre os auxiliares e técnicos de enfermagem a adesão aumentou em (24%), entre os enfermeiros (60%), entre os médicos obtivemos um resultado negativo (3%), entre os fisioterapeutas (24%), nutricionista e fonoaudióloga mantiveram sua adesão em (100%), e finalmente os técnicos em laboratórios de análise clínica que não apresentaram nenhuma adesão. Estes dados são de grande importância, pois percebemos que houve maior adesão a prática da higienização das mãos pelos profissionais, porém ainda estamos muito distantes do ideal preconizado para a prevenção da infecção hospitalar, que cada vez mais está nas mãos do profissional de saúde da instituição.

CONCLUSÃO

Baseado no que vivenciamos em nosso estudo e nas leituras pesquisadas, constatamos que a Vigilância de Processo na Higienização das Mãos, com a monitorização adequada, as intervenções (quando se fizerem necessárias), a educação continuada em meio aos PAS, é o melhor instrumento e se torna base da prevenção das infecções hospitalares.

Concluímos também, que a higienização das mãos continua sendo um grande desafio nas práticas diárias de todos os profissionais da saúde, e que ela constitui sem sombra de dúvida a primeira ação e principal medida no controle da infecção hospitalar. É fundamental a colaboração entre as equipes multiprofissionais para conduzir mudanças profundas no perfil atual dessa ação e consequentemente na redução das infecções hospitalares.

Desse modo a higienização das mãos deve ser sempre multidisciplinar na elaboração de estratégias para obtenção de melhores resultados na adesão a sua prática, pois dessa forma há um envolvimento e comprometimento por toda a equipe neste ato.

Segundo os dados de nossa pesquisa, o PAS, principalmente da área da enfermagem que dedica maior tempo ao paciente, cada vez mais traz em suas mãos o prognóstico de seus pacientes. Se este prognóstico será bom ou ruim, dependerá da conscientização de cada um no momento da adesão ao processo de higienização das mãos, tão simples e ao mesmo tempo tão importante no ambiente hospitalar.

Reforçando ainda o parecer de Claudio Maierovitch (ANVISA, 2007), é necessário o envolvimento de profissionais e gestores dos serviços públicos tanto de saúde como educadores, na propagação e vigilância de conhecimento técnico para embasar as ações relacionadas à prática de higienização das mãos, visando à prevenção e à redução das infecções e promover a segurança de pacientes, profissionais e demais usuários do serviço de saúde.

Constatamos ainda que, após a revisão de artigos e literaturas, a baixa adesão a higienização das mãos é uma preocupação de âmbito não só nacional e sim mundial. Essa preocupação tende a aumentar à medida que há o comprometimento e a interação entre as equipes, onde o PAS deverão ser constantemente reorientados para que a adesão a higienização das mãos seja uma realidade constante e presente em suas ações diárias.

Encerrando esse artigo, gostaríamos de acrescentar um pensamento de Clória Maria Andrade (2002, p. 58), professora assistente do Hospital Universitário da Universidade de Brasília, que evidencia o verdadeiro sentido da higienização das mãos:

Lavar as mãos é um pequeno gesto, mas importante prática, que sobrevive ao desenvolvimento técnico dos nossos dias, como medida mais eficaz na prevenção das infecções. Esse gesto é atitude inerente ao processo educativo do ser humano. Foi e será sempre realizado com água, sabão e bom-senso. As mãos que levam à cura não podem conduzir à morte!

REFERÊNCIAS:

- ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Higienização das mãos em serviços de Saúde. Brasília : Anvisa, 2007.
- ANDRADE, G. M.; Infecção Hospitalar: Mitos e Verdades, Velhos hábitos, Novas atitudes. Brasília Médica, Brasília, v. 39, n. 1, p. 57-59, 2002.
- APECIH. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde. São Paulo: APECIH, 2003.
- APECIH. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. Como Instituir um Programa de Controle de Infecção hospitalar. São Paulo: APECIH, 2007.
- AYLIFFE, G. A.J. et al. Manual Prático de Controle de Infecção Hospitalar. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- BRUNNER, L. S; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.
- CARVALHO, M. de; LOPES, J. M. A.; PELLITTERI, M.; Padrão de Lavagem das mãos em uma UTI Neonatal. *Journal da Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 11, p. 468-70, nov/dez. 1988.
- FERNANDES, A. T. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. v.2. São Paulo:Atheneu, 2000.
- GONTIJO FILHO, P. P.; BORGES, L. F. A.; ROCHA, L. A.; Falta de adesão à lavagem de mãos: Ação irritante do uso de sabão e luvas e sua influência na microbiota qualitativa e quantitativa das mãos de enfermeiros. *NewsLab*. 2007. Disponível em: <<http://www.sumários.org/pdfs/374-1527.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2008.
- MARTINS, M.A. Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- NOGUEIRA, M. et al. Importância da contaminação das mãos por germes, em trabalhadores da saúde, como possíveis transmissores de infecções hospitalares. *Rev. Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, São paulo, v. 43, n. 3, p. 149-152, maio/jun. 2001.
- OLIVEIRA, A. C. de; Infecções Hospitalares: repensando a importância da higienização das mãos no contexto da multirresistência. *Rev. Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 140-144, jul/dez. 2003.
- RICHTMANN, R; Controle e Prevenção de Infecção Hospitalar: fontes de agentes infecções e meios de transmissão, isolamento. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 9, n. especial, p. 62-9, 1996.
- SANTOS, N. Q; Prática assistencial de enfermagem: o resgate da microbiologia como fundamento para o controle da infecção hospitalar. 1996. 120 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciência da Saúde, Florianópolis.
- SANTOS, A. A. M. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. *Rev. RAS*, v. 4, n. 15, p. 10-14, abr-jun. 2002.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual de Avaliação da Qualidade de Práticas de Controle de Infecção Hospitalar. São Paulo, 2006.
- SCHIEDT, K. L. S.; CARVALHO, M.; Avaliação Prática da Lavagem das Mãos pelos Profissionais de Saúde em Atividades Lúdico-Educativas. *Rev. Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.221-225, abr/jun. 2006.
- SPINK, P. K. Pesquisa de Campo em Psicologia Social: uma perspectiva pós-construcionista. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdfl/psoc/v15n2/a03v15n2.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2008
- UNICAMP - CCIH-HC-CAISM. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para Prevenção e controle de Infecções Hospitalares. Campinas: UNICAMP, 2003.

TO0219- COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE PROFISSIONAL: FATOR DE RISCO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Autor: TELMA DE ALMEIDA BUSCH MENDES; Co-autores: PAOLA BRUNO DE ARAUJO ANDREOLI; LENY VIEIRA CAVALHEIRO; ROSELAINE OLIVEIRA

Palavras chave: Communication, Risk management, patient safety, teamwork , Interdisciplinary practice

Resumo

Objetivo: Avaliar a compreensão e fatores intervenientes na comunicação da equipe por meio das evoluções em prontuário. Métodos: A amostra foi calculada separadamente para cada especialidade resultando em 243 prontuários totalizando 660 entrevistas com profissionais de diferentes áreas. A conformidade foi avaliada segundo à compreensão da informação registrada. Resultados: Os registros em prontuário cuja compreensão ficou mais prejudicada foram da Nutrição 49,5%, Médico 45,6%, Fonoaudiologia 42,1%, Fisioterapia 41%, Enfermagem 29%, Terapia ocupacional 23,7%, Psicologia 7,7%. Os maiores problemas foram ilegitibilidade e uso de siglas. Conclusão: Faz-se necessário a conscientização dos profissionais sobre a importância da extinção das siglas e abreviaturas na evolução.

Introdução: A segurança do paciente tem recebido atenção especial nos últimos anos e tem sido foco de muitas pesquisas que reforçam estimativas da ocorrência de eventos adversos entre 2,9% (Thomas et al., 2000) a 3,7% (Leape et al., 1991) em pacientes hospitalizados. O problema de comunicação está entre as principais causas de eventos adversos. Atualmente, é uma das metas de segurança preconizadas pela Joint Commission. Segundo a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, a comunicação respondeu por mais de 60% dos eventos sentinelas nos USA

entre 1995 e 2006 (Root causes of sentine events., 2006). Na Austrália, dos 25.000 a 30000 eventos adversos evitáveis, 11% foi relacionado à comunicação. (Zinn, 1995).

A comunicação é também apontada como um dos principais fatores relacionados a erros dentro do hospital cuja probabilidade aumenta quanto mais complexo for o processo e maior o número de pessoas envolvidas no cuidado. A metade destes eventos é causada por erros e em em cada dez erros resulta em morte (Thomas et al, 2000). O fato mais alarmante é que a maioria deles poderia ser evitada com o planejamento de estratégias, já que a segurança do paciente é um fundamental componente da qualidade do cuidado. Nesse contexto, uma das exigências para uma assistência segura e com qualidade é que exista um sistema que possibilite uma comunicação eficaz, permitindo às equipes profissionais transmitir e receber informações de forma clara e objetiva. Outro fator importante é a integração das informações do planejamento terapêutico organizada em um impresso no prontuário, que possibilite o conhecimento do objetivo de tratamento de cada categoria profissional envolvida na assistência do paciente. A aderência ao uso deste instrumento facilita a integração e comunicação entre a equipe multiprofissional.

Justificativa: A preocupação com a segurança do paciente e o quanto a comunicação interfere neste processo, este estudo permitiu verificar a compreensão da informação registrada no prontuário entre os profissionais da equipe multiprofissional.

Métodos: A entrevista foi realizada por profissionais treinados. Para cada profissional entrevistado individualmente quando era sorteada uma evolução em prontuário, de um de seus pares, que deveria ser lida em voz alta. Ao final, o profissional deveria relatar o grau de compreensão segundo os critérios definidos abaixo:

Critérios definidos para avaliação da compreensão	
Totalmente	quando o profissional conseguiu entender a letra, abreviaturas e não compreendia até duas siglas;
Parcialmente	quando o profissional não conseguiu entender três siglas (independente do julgamento dele)
Não entendeu	quando o profissional não conseguiu entender nada do que estava escrito ou não entendeu mais de três siglas;

O profissional poderia escolher mais de uma categoria (letra, sigla ou abreviatura) para justificar a dificuldade da compreensão. Para este estudo a amostra foi calculada separadamente para cada especialidade de interesse envolvida na assistência ao paciente, resultando em 243 prontuários sorteados. O cálculo de tamanho de amostra foi baseado em uma amostra aleatória estratificada, a um nível de confiança de 95%, considerando um erro aleatório de 7%. A conformidade foi avaliada segundo a opinião do profissional quanto à sua compreensão (compreende totalmente, parcialmente, não compreende) da informação registrada.

Resultados:

Foram auditados 243 prontuários, totalizando 660 entrevistas com profissionais de diferentes áreas, em 4 unidades de gestão.

LOCAIS AUDITADOS	N	%
Centro de Reabilitação	225	34,1
Clínica Médico-Cirúrgico	256	38,8
Materno-Infantil	109	16,5
Pacientes Graves	70	10,6
Total	660	100

A participação dos profissionais nos casos foi distribuída segundo quadro abaixo;

EVOLUÇÃO SUBMETIDA À LEITURA	N	% DE PROFISSIONAIS POR PACIENTE
Enfermeiro	176	72,4%
Fisioterapeuta	139	57,2%
Fonoaudiólogo	19	7,8%
Médico	162	66,7%
Nutricionista	113	46,5%
Psicólogo	13	5,3%
Terapeuta Ocupacional	38	15,6%
Total	660	100

Foi verificado que a utilização do instrumento de integração das informações do planejamento terapêutico multiprofissional foi alta, conforme a tabela abaixo:

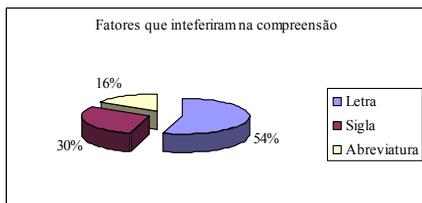
	n	%
Não	34	10,6
Sim	288	89,4
Total	322	100,0

A tabela abaixo demonstra o grau de compreensão das evoluções lidas por todos os profissionais entrevistados. Compreensão das evoluções lidas pela Equipe Multiprofissional

	n	%
Não entendeu	32	4,8
Parcialmente	224	33,9
Totalmente	404	61,2
Total	660	100

Os fatores que comprometem a compreensão de um modo geral foram categorizados em letra ilegível e uso de sigla e/ou abreviaturas

Os registros em prontuário cuja compreensão ficou mais prejudicada foram da Nutrição (49,5%), Médico (45,6%), Fonoaudiologia (42,1%), da Fisioterapia (41%). Os maiores problemas relacionados foram ilegibilidade e uso de siglas.



Discussão

Este estudo permitiu analisar sistematicamente os registros por meio dos prontuários, observando se as normas institucionais estão sendo seguidas e os padrões de conformidade adotados. O objetivo sempre é adequar o sistema da qualidade da informação escrita, monitorando a efetividade das ações implementadas.

Todos os profissionais na instituição em questão passam por um processo de treinamento na admissão que inclui o padrão de evolução em prontuário e o conhecimento das siglas padronizadas. As mesmas ficam disponibilizadas para consulta em meio eletrônico para qualquer

profissional. No que diz respeito a legibilidade, a letra é um fator que incorre tanto no aspecto legal quanto na auditoria em saúde. Os resultados revelaram a ilegibilidade como a maior responsável pela não compreensão das evoluções de uma maneira geral.

Estudo realizado em hospital privado em Curitiba-Pr, (Martins, Dyniewicz., 2005) identificou em 432 anotações da enfermagem, ilegibilidade variando entre 33% a 70%.

Silva e colaboradores identificaram pontos frágeis na comunicação em 294 prescrições e administrações de medicamentos. Neste total, 102(34,7%) estavam ilegíveis ou parcialmente legíveis e em 282 prescrições (95,9%) foram utilizadas abreviaturas. Este estudo identificou que 29% dos relatos de erro de prescrição foi o de maior ocorrência.

Outro estudo, 43,8% dos profissionais de enfermagem apontou a letra do médico como uma das quatro causas, mais frequentes de erros de medicação (Bohomol, Ramos., 2003).

Matsuda e colaboradores (2006) analisaram 124 evoluções de enfermagem registradas em prontuário e verificou que as anotações ilegíveis aproximaram-se de 7,8%(4) e 12(16,4%) e não cumpriram as exigências em relação a legibilidade. O mesmo estudo constatou ainda que naquela instituição não havia padronização das siglas/ abreviaturas, o que permitia o uso indevido e indiscriminado das mesmas. Neste caso a informação quantitativa obtida dizia respeito apenas à legibilidade, mesmo porque o objetivo do estudo foi abordar outros aspectos da evolução da enfermagem.

O estudo de Sheehan e colaboradores (2007) em dois hospitais da Nova Zelândia revelaram a importância da linguagem e dos padrões de comunicação como fatores que podem diferenciar o trabalho de um time multidisciplinar e um time interprofissional. Mais uma vez a melhor comunicação falada (linguagem) e escrita (documentada) revela a maior interação e trabalho em equipe (cooperativo) permitindo maior compreensão e integração dos objetivos entre os profissionais.

Conclusão

Entre os principais resultados deste estudo vale destacar que a comunicação é um processo ainda falho entre a equipe multiprofissional e a ausência de estudos envolvendo outros profissionais além do médico e da enfermeira denotam que estamos ainda distantes de um trabalho de equipe que tenha o paciente como foco do cuidado. Este estudo revela a importância da valorização da comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional e atenta para o fato de que existe sim uma necessidade urgente de mudança, da criação de estratégias que facilitem a interação entre a equipe/paciente/família e a compreensão sobre o que é de fato importante sobre o paciente que deva ser registrado no prontuário de maneira legível e compreensível por todos os profissionais.

É necessárias novas ações que possam estimular os profissionais da assistência ao maior envolvimento neste processo motivando-os a uma mudança de atitude com foco na segurança da informação que envolve a segurança do paciente. Além disso, estudar a possível extinção das siglas e abreviaturas na evolução em prontuário com o objetivo de garantir a legibilidade e a melhor comunicação seguindo uma recomendação internacional para a segurança do paciente.

T00222 - MONITORAMENTO DO RISCO BIOLÓGICO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE SEGURANÇA

Autor: GUSTAVO RIBEIRO PIFAIÁ; Co-autores: SANDRA DE OLIVEIRA GUARE; LOURDES DAS NEVES MIRANDA; FERNANDA SILVA FUSCALDI

Palavras-chave: risco biológico, acidente com material biológico, exposição a material biológico, prevenção a acidente com material biológico, acidente pérfuro-cortante.

Resumo:

Estudo retrospectivo descritivo dos acidentes do trabalho com exposição a material biológico ocorrido no Hospital Geral de Pirajussara. Os dados foram coletados no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008. Foram registrados 499 acidentes com exposição a material biológico. O maior número de acidentes ocorreu entre auxiliares de enfermagem e o local que apresentou maior número de registros foi o centro cirúrgico. No ano de 2008 ocorreu aumento de acidentes entre os médicos residentes. Neste mesmo ano foram realizadas reuniões informativas periódicas com os residentes.

Introdução:

Os acidentes do trabalho envolvendo exposição ao material biológico são uma realidade para o profissional da saúde desde o século IV a.C. (Apud Lopes, 1970). Constitui importante tema de discussão entre os profissionais, não somente da medicina ocupacional como todos os que trabalham na área de saúde, fundamentalmente devido ao risco biológico envolvido.

Há cerca de 30 anos foi diagnosticado o primeiro caso de contaminação ocupacional com HIV (Tratado de Infectologia, 1997), levando a uma ampla sensibilização da comunidade científica.

Atualmente, ocorrem aproximadamente 600.000 a 800.000 acidentes perfuro-cortantes no setor da saúde no EUA (Murphy, 2001), destes, o risco de soroc conversão para acidente com sangue infectado foi de 0,3% para o HIV (Infection Control, 1998), de 6 a 30% para a hepatite B, e de 3 a 10 % para a hepatite C (Gerberding, 1995).

No Brasil, embora os acidentes do trabalho (AT) com exposição ao material biológico sejam frequentes, não existe ainda uma estatística do número de trabalhadores acidentados. As consequências dessa exposição podem afetar diretamente os trabalhadores, atingindo-os em seus aspectos físicos e psicológicos, podendo repercutir nas relações familiares e sociais (CDC, 2001; MARZIALE, 2003).

Podemos citar entre os mecanismos de transmissão mais frequentes a via percutânea, contato de sangue com mucosas e através da pele por solução de continuidade (Maynard, 1981). Entre os instrumentos de maior risco estão agulhas ocas (administração de medicamentos e realizações de punções) e agulhas sólidas (suturas), sendo as primeiras as mais contaminantes (Marino, 2001). As situações que levam ao acidente ocupacional mais frequentemente estão relacionadas à manipulação incorreta da agulha após o procedimento, o ato de reencapá-las e o manuseio das caixas coletoras (Assayg et al, 1994).

Estudos demonstram que o setor mais acometido é o pronto-socorro e dentre os profissionais, os com tempo de experiência maior que dois anos (Martinieli, 2001; Brevidelli, 2001). Keita – Perse em trabalho publicado em 1998 comprovou que apenas 13 % dos estudantes de medicina tinham recebido informações sobre acidentes com sangue e sua prevenção.

A provável subnotificação de acidentes de trabalho entre profissionais da saúde é relatada na literatura (NAPOLÉÃO, ROBAZZI & MARZIALE, 2000; MARZIALE, NISHIMURA & FERREIRA, 2004), ocorrendo por diversos fatores, entre eles: falta de conscientização do risco por parte dos trabalhadores e gestores de hospitais, medo de desemprego, culpabilidade que sente em relação ao evento, falta de organização adequada das ações do serviço de atendimento ao trabalhador, dificuldades do sistema de informação e a descrença da importância do acidente do trabalho desta natureza.

Neste estudo foi realizada a descrição dos eventos ocorridos nos últimos 06 anos em um hospital geral.

Justificativa:

O estudo tem por objetivo avaliar os acidentes com material biológico ocorridos no período devido a sua importância ocupacional, econômica e social.

Métodos:

Foi realizada análise descritiva retrospectiva da distribuição dos acidentes por função, local do acidente e tipo de exposição. Os dados foram obtidos através dos registros de acidentes do trabalho com exposição ao material biológico do setor Medicina do Trabalho do Hospital Geral de Pirajussara (HGP) no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008.

Caracterização do hospital: O HGP é um hospital geral e funcionando como referência da região de Embu e Taboão da Serra. Possui um pronto-atendimento que, recebe pacientes transferidos de outros hospitais e também atende pacientes que procuram espontaneamente o hospital, porém não possui como característica principal o atendimento de pronto socorro. Atualmente dispõem de 280 leitos e 1560 funcionários contratados. Residentes da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM de diversas especialidades realizam estágios no HGP, entre elas: Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetria, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Pediatria, Gastrocirurgia, Coloproctologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço e Cirurgia Plástica. Os estágios variam em duração conforme a especialidade e o ano de residência, porém no máximo 23 residentes atuam em um mesmo período no hospital. O HGP é um hospital do estado com contrato de gestão com a UNIFESP (OSS).

É realizada vacinação contínua de todos os funcionários. Atualmente 70% dos funcionários apresentam imunidade confirmada para hepatite B e 100% dos funcionários estão incluídos no programa de vacinação. São realizadas reuniões mensais, desde 2003, para discussão e elaboração de táticas para diminuição de acidentes com material biológico. Participam desta reunião os seguintes setores: Medicina do Trabalho, Segurança do Trabalho, Enfermagem, Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Laboratório Clínico e Hotelaria.

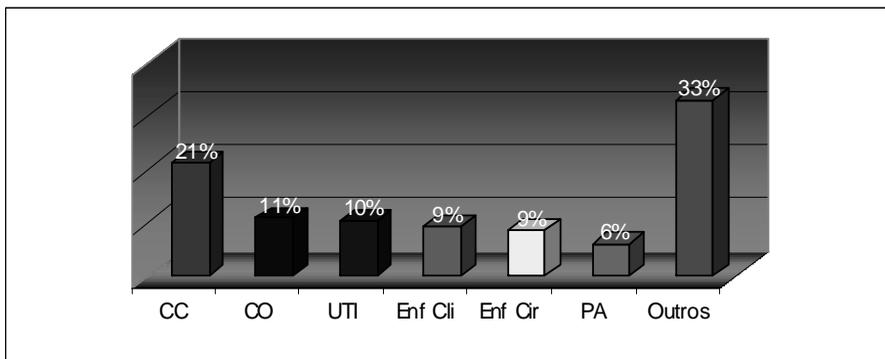
O serviço de medicina do trabalho do HGP realiza um trabalho de gerenciamento de risco como parte da diretriz estratégica da Instituição, visando a valorização do ambiente de trabalho, a qualidade de vida e considerando o trabalhador como um recurso intelectual a ser preservado.

Resultados:

No período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008 ocorreram 499 acidentes do trabalho com risco biológico.

O Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adulto, Enfermaria da Clínica Médica, Enfermaria da Clínica Cirúrgica e Pronto Atendimento (PA) foram responsáveis por 66% dos acidentes. Todos os demais setores do hospital representaram 33% dos acidentes. No gráfico 1 observamos os acidentes do trabalho conforme os diversos setores do hospital.

Gráfico 1 – Locais de acidente no HGP 2003 a 2008



O setor que apresentou maior incidência de acidentes foi o centro cirúrgico (21%), seguido pelo centro obstétrico (11%). Nestes dois locais houve grande concentração de acidentes entre médicos e médicos residentes. Considerando a UTI adulto e a enfermagem de clínica médica totalizamos cerca de 20% dos acidentes, sendo que nestes locais o profissional que mais sofre injúria é o auxiliar de enfermagem. A literatura demonstra que os serviços de urgência e centros cirúrgicos são locais onde freqüentemente ocorrem os maiores índices de acidentes do trabalho com material biológico devido aos numerosos procedimentos realizados com manuseio de material perfuro-cortante e ao grande número de pacientes assistidos (MARZIA LE, NISHIMURA & FERREIRA, 2004). Todos os setores que foram classificados em outros apresentaram incidência de acidentes menor que 3% e entre estes setores podemos citar: enfermagem pediatria, UTI neonato, laboratório, banco de sangue, maternidade, odontologia, endoscopia, psiquiatria, unidade de cirurgia ambulatorial e ambulatório.

Nos registros, observou-se que 424 (74%) dos acidentes ocorreram entre cinco funções, sendo estas: auxiliares de enfermagem, médicos, técnicos de enfermagem, médicos residentes e auxiliares de hotelaria. Deve ser ressaltado que cerca de 30% dos acidentes ocorreram entre médicos e médicos residentes.

Observou-se 32 ocorrências (6,4%) com auxiliares de hotelaria. O acidente nesta classe de funcionários geralmente ocorre com fonte desconhecida, devido ao manuseio e transporte de lixo contaminado e dos recipientes de descarte de material perfuro-cortante. O Gráfico 2 demonstra a distribuição dos acidentes conforme função.

Ocorreu uma queda de 40% entre 2007 e 2008 com o número total de acidentes com fonte desconhecida.

Gráfico 2 – Distribuição das funções que se acidentaram de 2003 a 2008

Também foi observada a incidência do tipo de exposição, sendo que 84% dos acidentes foram percutâneos, em acordo com a literatura (Marino, 2001).

Tipo de Exposição	Nº	%
<i>Percutânea</i>	422	84
<i>Mucosa</i>	61	12
<i>Pele íntegra</i>	8	2
<i>Pele não íntegra</i>	8	2
<i>Total</i>	499	100

Tabela 1 – Tipo de exposição

Foram discriminadas três classes de acidentados, que são: colaboradores, médicos residentes e terceiros. Formam considerados colaboradores todos os funcionários contratados em regime CLT, já os terceiros realizam atividades esporádicas, não contínuas ou algum tipo de prestação de serviço sem vínculo com o hospital. A Tabela 2 mostra a distribuição dos acidentes no período do estudo nas diversas classes de trabalhadores.

Tabela 2 – Acidentes com material biológico 2003 a 2008

Ano	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	acidentes	%	acidentes	%	acidentes	%	acidentes	%	acidentes	%	acidentes	%
colaboradores	81	86,17%	82	87,23%	75	82,41%	53	80,30%	51	86,84%	69	72,63%
terceiros	3	3,20%	7	7,45%	7	7,69%	4	6,06%	4	5,26%	9	9,47%
residentes	10	10,63%	5	5,32%	9	9,90%	9	13,64%	4	7,89%	17	17,89%
TOTAL	94	100,00%	94	100,00%	91	100,00%	66	100,00%	59	100%	95	100,00%

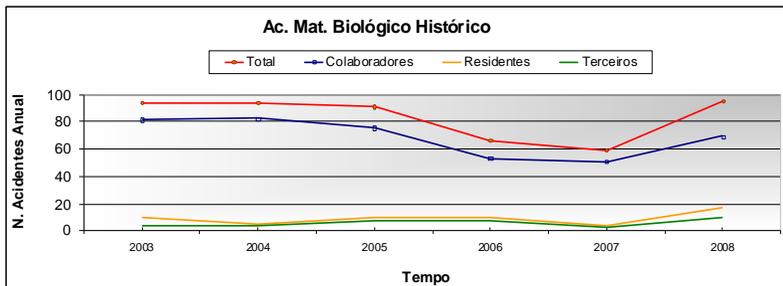
Constatou-se queda acentuada da ocorrência dos AT nos anos de 2006 e 2007, com manutenção da proporcionalidade dos acidentes entre as três classes de trabalhadores. Este fato pode estar relacionado às medidas implantadas a partir de 2003, tais como distribuição de óculos de segurança,

utilização de dispositivo para realização de Dextro, campanhas de conscientização e educação continuada. Tais medidas foram mantidas desde sua aplicação.

Em 2008 observou-se um aumento do número total de acidentes com material biológico, com uma mudança na distribuição entre as classes, destacando-se um aumento de acidentes entre os médicos residentes. O aumento observado no número total de acidentes ocorreu à custa daqueles com auxiliares de enfermagem, houve aumento de cerca de 50% nos acidentes nesta função. O gráfico 3 demonstra essa evolução durante o período.

Gráfico 3 - Acidentes com material biológico por classes 2003 a 2008

No último ano do período observado não ocorreu aumento proporcional do número de residentes e/ou procedimentos realizados durante suas



atividades no HGP. No ano de 2008 ocorreu um aumento de 30% no número total de residentes, enquanto o número de acidentes quadruplicou. A partir de 2008, a Diretoria Clínica do HGP passou a realizar reuniões mensais com os residentes. Nestas reuniões foram abordados temas diversos, tais como preenchimento de prontuário, fluxos internos do hospital, fármaco-vigilância e também foi discutido o acidente com material biológico, sendo ressaltado o fluxo de atendimento e a importância da notificação.

Com o aumento do número de acidentes, durante o ano de 2008 foram desencadeadas ações para controle e redução dos eventos, tais como: campanha de orientação, treinamento e conscientização nos setores de maior incidência. No primeiro semestre de 2008 ocorreram 13 acidentes no centro cirúrgico, sendo que este número caiu para 5 eventos no segundo semestre após campanha direcionada.

Destaca-se o monitoramento e registro dos eventos ocorridos ao longo do período e sua utilização para o direcionamento de ações preventivas. Os dados são utilizados não apenas como registro, mas servem como uma ferramenta de gestão no gerenciamento de risco e segurança.

Conclusões:

Levando em conta todos os dados expostos e embasado em pesquisas científicas como a de Thoraval et al, 1999, concluímos que as medidas de precauções universais, como o uso de equipamentos de proteção individual e o manuseio adequado de materiais cortantes, devem ser estendidas a todos os profissionais da área de saúde e seu uso estimulado através de programas de prevenção e educação continuada.

Tais programas teriam como objetivo orientar os profissionais da saúde quanto à disseminação do vírus HIV, hepatite B e C no ambiente de trabalho; orientar sobre os procedimentos que devem ser seguidos após exposição ao material biológico potencialmente contaminado; e ressaltar que as medidas profiláticas após a exposição não são totalmente eficazes, enfatizando a necessidade de promover ações preventivas e educativas permanentes.

Neste estudo observou-se que as medidas adotadas desde 2003 levaram a uma queda na incidência de acidentes com material biológico. Os dados direcionam de uma forma muito clara os locais e os funcionários a serem focados durante ações de intervenção. O evento descrito com os médicos residentes no ano de 2008 nos conduz a refletir sobre a importância do treinamento e orientação para este médico que está em processo de formação e aprendizado.

Por fim deve se questionar se campanhas de orientação e conscientização podem em um primeiro momento levar ao aumento do número absoluto de registro de acidentes, tomado se necessário novos estudos a fim de podermos dimensionar os reais dados estatísticos dos acidentes com material biológico no Brasil e o impacto a longo prazo de medidas preventivas e de conscientização.

TOO223 - AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DA EQUIPE DE FARMÁCIA CLÍNICA EM HOSPITAL PRIVADO DE MÉDIO PORTE

Autor: RONELLY DOMINGOS PINELLI RODRIGUES; Co-autores: JESSICA MARCELLA LUCAS SANTOS; BIANCA SUSELLA SLAVIERO; PATRICIA BOLDRIN ZIANI

Palavras-chaves: farmacêutico clínico, intervenções, relevância, farmácia clínica, farmácia hospitalar.

Resumo:

A relevância das intervenções é um parâmetro eficaz para avaliar sua qualidade e significância. O objetivo deste trabalho foi avaliar e quantificar as intervenções farmacêuticas quanto à relevância, aceitabilidade e iniciativa da equipe multidisciplinar. Foram analisadas 3272 intervenções farmacêuticas no período de dez meses de 2008. Deste total, 47,9% de 2606 intervenções foram consideradas de extrema relevância e as demais 666, foram referentes à educação continuada. Quanto à aceitabilidade, 77,4% das intervenções foram aceitas com alteração/monitorização da terapia e em relação à iniciativa, 61% foram realizadas pelo farmacêutico. As intervenções proporcionam indicadores de qualidade assistencial além de representarem um diferencial para os serviços assistenciais hospitalares.

Introdução

A monitorização da prescrição médica assegura o uso racional dos medicamentos, pois maximiza os efeitos terapêuticos e minimiza a ocorrência de eventos adversos (FARRÉ, 2000). A participação do farmacêutico clínico nas visitas médicas é considerada um recurso essencial para o

uso seguro de medicamentos, (KABOLI et al., 2006). Intervenção farmacêutica é definida como todo ato documentado, gerado pela participação ativa do farmacêutico nas tomadas de decisão na terapia medicamentosa dos pacientes e também na avaliação dos resultados através de monitorização farmacoterapêutica contínua (ZUBIOLI, 2000; KEITH e FOSTER, 1992). As intervenções se fazem através de uma postura ativa e presente do farmacêutico na unidade hospitalar, e se constituem como meios de avaliação e quantificação para a solução dos problemas relacionados a medicamentos (FARRÉ, 2000).

Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar e quantificar as intervenções farmacêuticas quanto à relevância, aceitabilidade e iniciativa da equipe multidisciplinar.

Justificativa

A farmácia clínica é uma atividade recente no país e está em contínua expansão. Poucos estudos demonstram a prática da farmácia clínica no Brasil. Desta forma, buscou-se realizar a categorização das intervenções farmacêuticas, bem como um levantamento retrospectivo para avaliar e quantificar tais intervenções.

Métodos

O estudo foi conduzido em um hospital privado, de médio porte, com 208 leitos de internação, sendo 24 leitos de unidades de terapia intensiva e 184 de internação clínica e cirúrgica. Foram analisados, retrospectivamente, 3272 registros de intervenções realizadas pela equipe de farmacêuticos no período de dez meses, durante o ano de 2008. Deste total, 2606 foram categorizadas em 3 níveis de relevância, relacionadas na Tabela 1. As demais 666 intervenções foram referentes a ações educativas ao paciente, que não foram analisadas conforme sua relevância. As categorias indicação, compatibilidade, regime terapêutico e interação medicamentosa foram classificadas como de extrema relevância, pois aumentaram significativamente a efetividade ou a qualidade da terapia. As intervenções classificadas como muito relevantes, dentre elas adaptação de forma farmacêutica, farmacocinética/ farmacodinâmica, reação adversa a medicamento, medicamentos não padronizados e notificação de erro de medicação foram as que contribuíram para individualizar o tratamento. As intervenções relevantes foram as que não interferiram diretamente no esquema terapêutico, mas melhoraram a qualidade da assistência, como informações gerais sobre medicamentos e identificação de medicamentos trazidos pelo paciente. As intervenções foram ainda quantificadas quanto à iniciativa e aceitabilidade pela equipe multidisciplinar. A aceitabilidade das intervenções foi subdividida em aceita com alteração da prescrição (AP), aceita com monitoramento do esquema terapêutico (AM) e não aceita (NA).

Resultados

Das 2606 (79,6%) do total de intervenções do período, 47,9% foram classificadas como de extrema relevância, 17% como muito relevantes e 35,2% como relevantes, conforme demonstrado na Figura 1.

As demais intervenções, 666 (20,4%), foram referentes a ações educativas ao paciente, como alta hospitalar e orientações gerais sobre medicamentos.

Dentre as intervenções de extrema relevância, 467 (31,6%) referiram-se ao regime terapêutico, 349 (29,8%) à indicação, 234 (20,4%) à compatibilidade e 197 (18,2%) à interação medicamentosa.

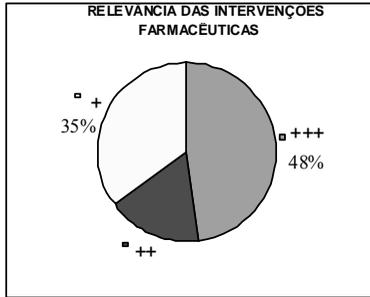
Tabela 1: Relevância das categorias de intervenção farmacêutica.

RELEVÂNCIA	CATEGORIA	DESCRIÇÃO
+++	A	INDICAÇÃO: medicamento de uso habitual não prescrito. Indicação de tratamentos profiláticos.
	D	COMPATIBILIDADE: Diluição, estabilidade em solução, adoção do medicamento e/ou incompatibilidades físico-químicas de medicamentos injetáveis.
	E	REGIME TERAPÊUTICO: Relacionada à dose, posologia, duração do tratamento, alternativas terapêuticas e vias de administração.
	F	INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA: Consultas específicas sobre as interações medicamento-medicamento, medicamento-alimento.
++	K	FORMA FARMACÊUTICA: Relacionadas à adaptação de formulações disponíveis no mercado ao ambiente hospitalar.
	G	FARMACOCINÉTICA/FARMACODINÂMICA: Sobre liberação, absorção, metabolismo, biotransformação, excreção dos fármacos. Análise de interferência de medicamentos em exames laboratoriais.
	B	REAÇÃO ADVERSA AO MEDICAMENTO: Ocorrência de sinais ou sintomas indesejáveis ao paciente, que podem acarretar prejuízos.
	L	MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO: Sugestão de substituição de medicamentos não padronizados por algum medicamento padrão disponível no hospital.
	O	NOTIFICAÇÕES DE ERRO DE MEDICAÇÃO: erros relacionados à terapia duplicada, alergia documentada, prescrição ilegível, contra-indicação.
+	J	INFORMAÇÕES TÉCNICAS: Consultas relacionadas à forma farmacêutica, identificação de princípio ativo/nome comercial, fabricante, alternativas no mercado e custo.
	C	MEDICAMENTOS EXTERNOS: Validação de medicamentos medicamento trazidos pelo paciente (condições de armazenamento, validade, lote, composição).

Figura 1: Percentagem de intervenções farmacêuticas por categoria de relevância. +++ extrema relevância; ++: muito relevantes; +: relevantes.

Notificações de erros de medicação representaram 55% (243) do total de intervenções muito relevantes, enquanto medicamentos não padronizados representaram 35,5% (389); reação adversa a medicamento, 19,5% (86); adaptação de forma farmacêutica, 15,4% (68); e informações sobre farmacocinética e farmacodinâmica, 10,2% (45).

Em relação às intervenções relevantes, 528 (57,6%) compreendiam informações gerais sobre medicamentos e 389 (42,4%), identificação de medicamentos trazidos pelo paciente. Os dados referentes às intervenções realizadas em cada categoria são mostrados na Figura 2.



Quanto à aceitabilidade, 42,2% das 3272 intervenções foram aceitas com alteração da prescrição; 35,2% com monitorização da terapia e 22,6% não foram aceitas, conforme Figura 3.

Em relação à iniciativa da intervenção, 61% foram realizadas através da busca ativa pelo farmacêutico, 21% da enfermagem e 8% dos médicos. Iniciativa de outros profissionais representou 9,7% do total. Estes dados estão representados na Figura 4.

Figura 2: Intervenções farmacêuticas por categoria.

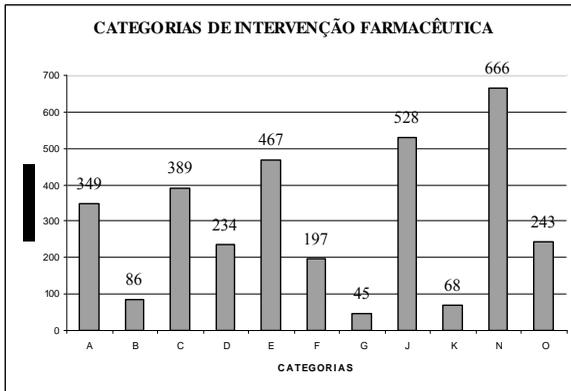


Figura 3: Aceitabilidade das intervenções do farmacêutico pela equipe de saúde.

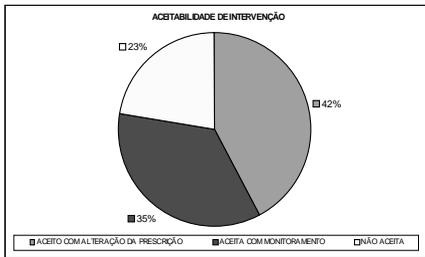
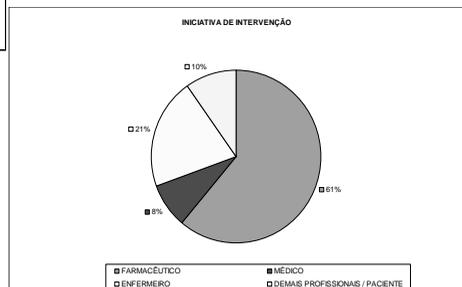


Figura 4: Iniciativa das intervenções farmacêuticas por profissional da equipe de saúde.



Conclusão

A relevância das intervenções é um parâmetro eficaz para avaliar sua qualidade e significância. No entanto, comparar trabalhos é difícil, uma vez que há variação nos critérios. Desta forma, nossos resultados

foram considerados satisfatórios, pois a maior parte das intervenções foi considerada extremamente significativa.

As intervenções farmacêuticas obtiveram alto índice de aceitabilidade por parte do médico, demonstrando a importância da participação do farmacêutico clínico no processo de decisões terapêuticas na assistência ao paciente.

Em todas as categorias foi observada maior iniciativa do farmacêutico devido à busca ativa a que este profissional se dedica, através da atenção diária à prescrição, reconciliando medicamentos, monitorando o esquema terapêutico definido pela equipe médica, e realizando pesquisas das interações medicamentosas. Houve menor iniciativa do médico em todas as categorias, mas este é um cenário a ser modificado conforme o papel do farmacêutico for se solidificando na prática clínica diária.

A interação entre farmacêutico, paciente e equipe multidisciplinar buscando a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, contribui diretamente para a melhoria da qualidade de vida e desfecho clínico do paciente (KANE, 2003), além de aumentar a satisfação profissional (FARRÉ, 2000). De um modo geral, as intervenções proporcionam indicadores de qualidade assistencial e promovem o reconhecimento do papel deste profissional (DE LYRA, 2007), além de representarem um diferencial para os serviços assistenciais hospitalares.

Bibliografia

- Kane SL, Weber RJ, Dasta JF. The impact of critical care pharmacists on enhancing patient outcomes. *Intensive Care Med.* 2003;29:691-8.
- Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, Schnipper JL. Clinical Pharmacists and Inpatient Medical Care: A Systematic Review. *Arch Intern Med.* 2006;166:955-64.
- Hassan Y, Aziz NA, Awang J, Aminuldin AG. An analysis of clinical pharmacist interventions in an intensive care unit. *J Clin Pharm Ther.* 1992; 17:347-51.
- Farré R, Clapes, A; Sala M. Intervenciones farmacêuticas (parte I): metodologia y evaluación. *Farm Hosp.* 2000;24(3):136-44.
- De Lyra DP, Kheir N, Abriata JP, Rochinha CE, Santos CB, Pelá IR. Impact of pharmaceutical care interventions in the identification and resolution of drug-related problems on quality of life in a group of elderly outpatients in Riberão Preto (SP), Brazil. *Ther Clin Risk Manag.* 2007;3(6):989-98.

Keith TD, Foster JR. Drug Therapy Monitoring. *Handbook of Institutional Pharmacy Practice.* 3. ed. Ed. Brown TR. ASHP;1992: 273-8.

Zubioli, A. O farmacêutico e a auto-medicação responsável. *Pharmacia Brasileira.* 2000;3(22):23-6.

TO0224 - GERENCIAMENTO DO RISCO DE FLEBITE: VIGILÂNCIA DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAL GERAL

Autor: FÁBIA CARVALHAIS REGIS; Co-autores: DENIS FARIA MOURA JR; REJANE AUGUSTA DE O. FIGUEIREDO; ANNA MARGHERITA G.T. BORK.

Resumo

Introdução: A terapia intravenosa (TIV) é o procedimento invasivo mais comum entre os pacientes hospitalizados (90%). A flebite afeta de 27-70% dos pacientes que recebem TIV. **Justificativa:** A vigilância de flebite tem alto impacto na qualidade da assistência de enfermagem. **Método:** Foram avaliados pacientes internados com acesso venoso periférico (AVP), totalizando 1759 pacientes e 2390 AVP. **Resultados:** 91,8% dos pacientes apresentaram risco de flebite, sendo que esse aumenta 1,45 vezes o risco de apresentar o evento. A incidência do evento 8%. O íntimo® foi o dispositivo mais utilizado. **Conclusão:**

Introdução. A terapia intravenosa é o procedimento invasivo mais comum entre os pacientes hospitalizados. Estima-se que 90% desses pacientes recebem terapia intravenosa. Deste modo, é crescente a preocupação com as complicações advindas desse procedimento.

Dentre as complicações locais a flebite afeta de 27 a 70% de todos os pacientes que recebem terapia intravenosa, sendo a complicação mais frequente em pacientes tratados com agentes antineoplásicos.

A flebite é uma inflamação aguda na íntima da veia, sendo caracterizado por dor, eritema, inchaço, com sensação de calor local e cordão venoso palpável. Alguns fatores influenciam seu desenvolvimento, como por exemplo, técnica de inserção do cateter, pH e osmolaridade da droga infundida, condições inerentes ao paciente e sua patologia, calibre, material e tamanho do dispositivo utilizado, fixação do dispositivo e assepsia da pele, dentre outros. Assim, a flebite é classificada de acordo com seus fatores causais em: mecânica, química e bacteriana.

A flebite mecânica ocorre por fixação inadequada do cateter ou manipulação deste durante a infusão de soluções; utilização de cateter grande em uma veia de calibre pequeno; inabilidade do profissional na inserção do cateter, punção inapropriada, escolha inadequada do local para manter o acesso venoso.

A flebite química está relacionada ao uso de medicamentos ou soluções irritantes com pH baixo, inferior a 5, diluição inapropriada de medicamentos, infusão rápida e presença de pequenas partículas na solução.

A flebite infecciosa / bacteriana é comum quando a assepsia para inserção do cateter não é realizada ou é feita de modo inadequado e quando há contaminação na manutenção do cateter e preparo da solução intravenosa.

Phillips (2001) destaca que a flebite também pode ocorrer pós-infusão, tornando-se evidente 48 a 96 horas após a retirada do cateter venoso periférico, sendo os fatores contribuintes possíveis para esse evento todos os descritos acima para flebites mecânica, química e bacteriana.

Justificativa. Compreender o evento e estar ciente dos fatores de risco permite à equipe de enfermagem intervir para evitar que ocorra a flebite, identificá-la precocemente e caso não consiga evitá-la, instituir intervenções apropriadas quando do seu aparecimento. Para tanto, é importante que se estructurem protocolos de padronização da conduta de enfermagem com vistas a minimizar esses riscos. O objetivo desse estudo é descrever o processo de vigilância de flebite e os resultados alcançados com a monitorização desse evento.

Método. Este estudo foi realizado entre os meses de maio a outubro de 2007, em um hospital geral do estado de São Paulo, com pacientes internados e portadores de acesso venoso periférico. Foram avaliados pacientes de todas as unidades de internação, incluindo pacientes das unidades

O uso película transparente apresentou conformidade em 66% dos casos no início da coleta e estabilizou ao redor de 94% durante o ano da coleta.

A farmácia foi notificada em 50% das vezes, quando da identificação de uma flebite e os medicamentos mais associados ao evento foram: dipirona, omeprazol e ondansetrona.

Conforme observado, muitos dos itens prescritivos do protocolo apresentavam ainda baixa adesão o que pode significar um fator de risco para a ocorrência do evento.

Conclusão: A elaboração de um protocolo de planejamento da terapia intravenosa, com um algoritmo que direcione o enfermeiro nas atividades vinculadas a terapia intravenosa cumpre seu objetivo orientar para a) a redução e prevenção complicações com acessos venosos periféricos e; b) definição de um padrão de prática. Dessa forma promove maior segurança ao paciente adulto e pediátrico que necessitam de terapia intravenosa.

A auditoria contínua de pacientes com acesso venoso periférico e o acompanhamento da equipe assistencial no esclarecimento de dúvidas pertinentes a terapia intravenosa e tratamento de complicações, possibilita uma apropriação do cuidar pela enfermagem assistencial no que tange terapia intravenosa.

T00226 - GERENCIAMENTO DE INDICADORES DE QUALIDADE E SEGURANÇA DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Autor: CAROLINA ENGESLMANN; Co-autores: MONIQUE BUENO ALVES; FERNANDO MORGADINHO SANTOS COELHO

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Qualidade, Indicador de Qualidade, Protocolo Gerenciado, Protocolo Clínico

Resumo: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é atualmente a primeira causa de morte no Brasil, correspondendo a 9,3% dos óbitos. O estudo buscou avaliar os indicadores de resultado, qualidade e segurança de um protocolo clínico instituído para o atendimento de emergência dos pacientes com suspeita de AVC em um hospital secundário do município de São Paulo. O estudo foi realizado a partir da revisão dos prontuários dos pacientes admitidos com diagnóstico de AVC isquêmico e hemorrágico de abril a dezembro de 2008. Concluímos que é possível melhorar a qualidade do tratamento de pacientes com AVC, mesmo em Hospital sem neurologistas, com medidas de educação, monitorização de indicadores e constantes interações entre a equipe gerenciadora do Protocolo do AVC, o corpo clínico e os vários setores e profissionais do Hospital.

Introdução

Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2004 apontam o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como a primeira causa de morte no Brasil, correspondendo a 9,3% dos óbitos. São estimados anualmente quinze milhões de casos de AVC, desses, cinco milhões morrem e outros cinco milhões permanecem permanentemente incapacitados. A assistência hospitalar aos pacientes com AVC deve ser rápida e eficiente para minimizar os danos causados pela interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. Atrasos para o início das medidas terapêuticas podem determinar prejuízos no prognóstico funcional desses pacientes. Portanto, torna-se fundamental a priorização do atendimento inicial, a realização de exames laboratoriais e de imagem para que ocorra a definição de medidas terapêuticas e rápido cumprimento das prescrições e monitoramentos necessário. A priorização das ações pode ser garantida através da instituição de um protocolo de atendimento de emergência para os pacientes com suspeita de AVC nas unidades de emergência hospitalares.

A maior parte dos atendimentos de pacientes com AVC no Brasil é realizada em hospitais secundários, os quais, não dispõem de uma infraestrutura adequada para o atendimento inicial deste paciente por ausência de protocolos de atendimento e conseqüente falta de uniformidade das condutas segundo as recomendações ditadas pelas sociedades de doença cerebrovascular.

Após a instituição de protocolos assistenciais, é desejável a utilização de uma ferramenta para avaliação da qualidade do atendimento prestado aos pacientes. Indicadores de qualidade e segurança preconizados por instituições especializadas em Centro de AVC podem ser utilizados, sendo as variáveis que mensuram quantitativamente as condutas preconizadas para cada paciente de acordo com critérios de elegibilidade.

Os indicadores de qualidade são ferramentas úteis, pois nos auxiliam a mostrar, com qual frequência as condutas baseadas em melhores evidências são adotadas para o tratamento dos pacientes.

Atualmente a Joint Commission International (JCI) possui uma certificação específica para Primary Stroke Center, esta organização adota indicadores de qualidade que devem ser cumpridos durante a internação do paciente, são divididos em indicadores para AVC isquêmico e para AVC Hemorrágico devido a fisiopatologia e especificações dos subtipos da doença, a tabela abaixo demonstra os indicadores preconizados pela (JCI).

Indicadores

	AVC isquêmico	AVC Hemorrágico
1. Profilaxia para Trombose Venosa Profunda	X	X
2. Alta com prescrição de antitrombóticos	X	
3. Pacientes com Fibrilação ou Flutter atrial com prescrição de alta de terapia anticoagulante	X	
4. Consideração à terapia Trombolítica	X	
5. Administração de antitrombóticos nas primeiras 48 horas de internação	X	
6. Conduta para redução do colesterol sérico	X	
7. Avaliação da disfagia em jejum	X	
8. Educação sobre AVC	X	X
9. Programa para cessação do tabagismo	X	X
10. Consideração de um Plano de reabilitação	X	X

A implementação do protocolo gerenciado de AVC no Hospital Moysés Deusch – M'Boi Mirim seguiu as diretrizes assistenciais preconizadas pela American Heart Association e pelo Consenso Brasileiro Cerebrovascular e adotou como sistema de monitorização da

qualidade e segurança os indicadores da JCI. Foram adotados também indicadores de resultados como tempo médio de permanência, mortalidade, avaliação de incapacidade do paciente na alta e tempo para realização do primeiro exame de imagem (tempo porta-imagem).

Método

Trata-se de um estudo transversal que foi realizado no Hospital Moysés Deusch – M'Boi Mirim, localizado na zona sul de São Paulo que possui gestão conjunta com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM.

Foram analisados retrospectivamente todos os prontuários de pacientes admitidos no hospital com diagnóstico médico inicial de AVC desde a sua inauguração em Abril/2008.

O início do protocolo gerenciado de AVC ocorreu em Agosto em parceria com o Programa Integrado de Neurologia do HIAE e a implementação ocorreu após realização de um treinamento teórico-prático da equipe de médicos e enfermeiros da Unidade de Emergência, o qual foi realizado no Centro de Simulação Realística (CSR) onde os profissionais puderam utilizar esta valiosa ferramenta que proporciona um ambiente participativo e de interatividade, utilizando cenários clínicos que replicam experiências da vida real.

Os indicadores de qualidade são monitorizados diariamente por uma enfermeira gerenciadora de casos a partir de agosto de 2008. A adesão aos indicadores é considerada quando existem critérios de elegibilidade e a ação recomendada é contemplada através de conduta médica ou multiprofissional. Os indicadores monitorizados foram de acordo com o subtipo de AVC, a tabela abaixo descreve os indicadores utilizados para os pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico:

Indicador	AVC isquêmico e AVC isquêmico hemorrágico
Profilaxia para Trombose Venosa Profunda	X
Administração de antitrombóticos nas primeiras 48 horas de internação	X
Conduta para redução do colesterol sérico	X
Avaliação da disfagia pela equipe de fonoaudiologia	X
Tempo porta-imagem	X
Tempo sintomas- admissão	X
Mortalidade	X
Tempo médio de permanência	X
Avaliação da Escala de Rankin Modificada na Alta	X

Foram atendidos 114 pacientes com diagnóstico médico de AVC, sendo 97 AVC Isquêmicos e 17 AVC Hemorrágicos de Abril a Dezembro de 2008.

O tempo médio entre a instalação dos sintomas e admissão hospitalar é demonstrado pela figura 1.

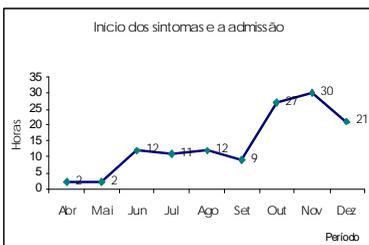


Figura 1. Média mensal do intervalo de tempo entre instalação dos sintomas e admissão hospitalar dos pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico no Hospital Moysés Deusch – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008.

O tempo porta-imagem é compreendido pelo intervalo de tempo entre a admissão do paciente no hospital até a interpretação médica do primeiro exame de imagem, habitualmente a tomografia de crânio. Este intervalo de tempo deve ser inferior a quarenta e cinco minutos de acordo com diretrizes do National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). A figura 2 ilustra a média mensal dos pacientes admitidos na unidade de emergência do Hospital Moysés Deusch – M'Boi Mirim.

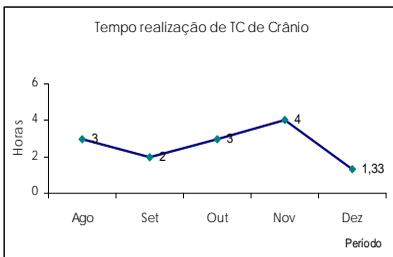


Figura 2. Média mensal do tempo porta-imagem entre instalação dos pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico no Hospital Moysés Deusch – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008.

A instituição de protocolos clínicos visa garantir as melhores práticas com adoção de condutas clínicas e prevenir possíveis complicações através de medidas profiláticas. O tempo de permanência hospitalar diminuiu com a instituição destas medidas e com isso o custo médio por paciente para o sistema de saúde caiu. O tempo médio de internação dos pacientes com AVC

no Hospital Moysés Deuschl é ilustrado mensalmente pela figura 3.

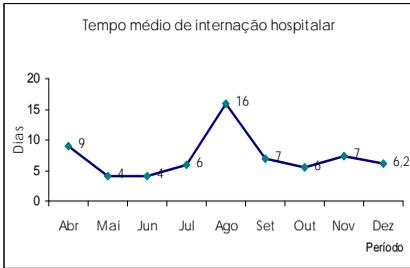


Figura 3. Tempo médio de internação hospitalar dos pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico no Hospital Moysés Deuschl – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008

O uso de antitrombóticos para pacientes com AVC isquêmico está associado a redução da morbi-mortalidade e recorrência do evento e para tal benefício deve ser iniciado nos primeiros 48 horas de evolução dos sintomas. A taxa da prescrição da terapia antitrombótica é ilustrada pela figura 4.

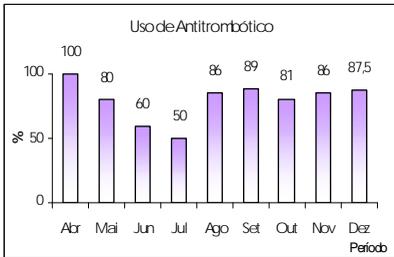


Figura 4. Taxa de uso de antitrombóticos em pacientes com AVC isquêmico no Hospital Moysés Deuschl – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008.

Os déficits neurológicos causados pelo AVC aumentam o risco da instalação de trombose venosa profunda (TVP), estudos mostram que até 30% dos pacientes com AVC severo a grave podem desenvolver TVP. A taxa de profilaxia para TVP é ilustrada pela figura 5.

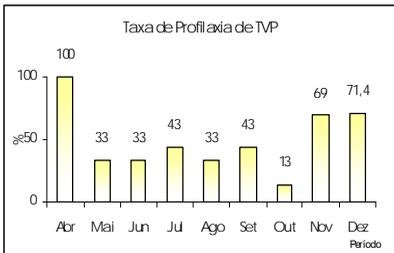


Figura 5. Taxa de uso de Profilaxia para Trombose Venosa Profunda em pacientes com AVC isquêmico no Hospital Moysés Deuschl – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008.

A utilização de medidas farmacológicas e mudanças de hábito de vida para redução do colesterol sérico estão associadas a diminuição da recorrência de eventos isquêmicos ou outros eventos cardiovasculares. O uso de estatinas é indicado a partir de níveis séricos de LDL, obtidos através de análise de amostra sanguínea. A taxa da utilização de estatina para pacientes com AVC isquêmico é ilustrada pela figura 6.

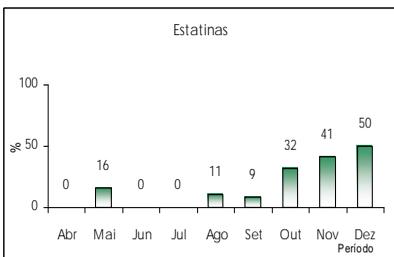


Figura 6. Taxa de terapia para redução do colesterol sérico em pacientes com AVC isquêmico no Hospital Moysés Deuschl – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008.

É estimado que 27 a 50% dos pacientes com AVC desenvolvam dificuldade para deglutir medicamentos, água ou alimentos, denominada disfagia. De 43 a 54% destes pacientes podem aspirar conteúdos para os pulmões e 37% deles podem desenvolver pneumonia, evidências demonstram que a avaliação da disfagia com um protocolo de fonoaudiologia para todos os pacientes com AVC antes da liberação da dieta pode reduzir os índices de complicações pulmonares. A taxa de avaliação dos pacientes pela equipe de fonoaudiólogos é demonstrada pela figura 7.

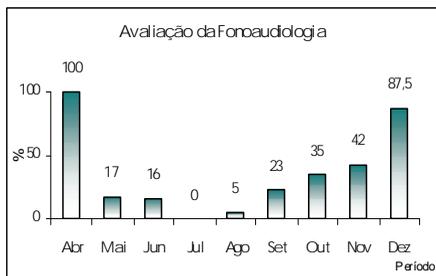


Figura 7. Taxa de avaliação da disfagia pela equipe de fonoaudiologia em pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico no Hospital Moysés Deuscht – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008.

A mortalidade dos pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico é ilustrada pela figura 8.

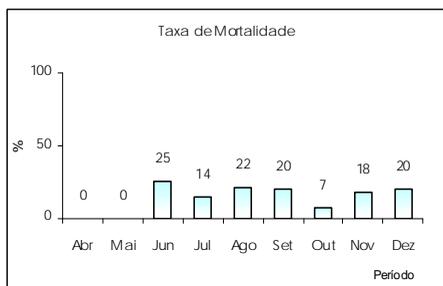


Figura 8. Taxa de avaliação mortalidade em pacientes com AVC isquêmico e hemorrágico no Hospital Moysés Deuscht – M'Boi Mirim. Abril a Dezembro de 2008.

O impacto sócio-econômico do AVC está ligado às incapacidades causadas pela doença. Pacientes em idade economicamente ativa são acometidos pela doença, a escala para avaliar incapacidades é denominada Escala Modificada de Rankin, que pode ser definida como uma ferramenta de mensuração do grau de incapacidade ou dependência nas atividades de vida diária dos pacientes com AVC. Esta escala varia de zero a seis pontos, classifica as incapacidades em leve, moderada, moderada a grave e grave, como descrito abaixo:

0. **Assintomático**

1. **Sintomas sem incapacidade.** Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2. **Incapacidade leve.** Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
3. **Incapacidade moderada.** Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.
4. **Incapacidade moderada a grave.** Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.
5. **Incapacidade grave.** Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.
6. **Óbito.**

Conclusão

O trabalho demonstra que um envolvimento multidisciplinar com treinamento e monitorização contínua dos indicadores de qualidade podem melhorar a adesão dos médicos clínicos e da equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento do AVC em Hospital secundário, de rede pública. A interação entre o Programa Integrado de Neurologia do HIAE e o corpo clínico, realizada pela enfermeira gerenciadora dos casos e através de treinamentos, possibilita a constante atualização das melhores práticas com correções constantes dos indicadores monitorados que não atingiram as metas esperadas. Por fim, concluímos que é possível melhorar a qualidade do tratamento de pacientes com AVC, mesmo em Hospital sem neurologistas, com medidas de educação, monitorização de indicadores e constantes interações entre a equipe envolvida no atendimento, a gerenciadora de casos do Protocolo do AVC, o corpo clínico e a equipe interdisciplinar do Hospital.

T00227 - AVALIAÇÃO TÉCNICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: UMA FERRAMENTA DE MELHORIA DA QUALIFICAÇÃO PARA A ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE

Autor: JÚNIA JORGE RJEILL CORDEIRO; Co-autores: LENY VIEIRA CAVALHEIRO; NÁDIA SUELI DE MEDEIROS; PAOLA BRUNO DE ARAÚJO ANDREOLI

Palavras-chave: equipe interdisciplinar de saúde, qualificação profissional, qualidade da assistência à saúde, recursos humanos em saúde.

Resumo

Introdução: A instituição deve garantir a capacitação técnica de sua equipe multiprofissional assistencial. **Justificativa:** A avaliação desta capacitação é um dos padrões da Joint Commission International e é parte da avaliação de desempenho dos profissionais. **Métodos:** Processo anual e informatizado de avaliação técnica dos profissionais assistenciais da instituição. **Resultados:** A adesão da equipe foi de 88% a 98% (2006-2008), sendo que mais de 90% dos profissionais atingiu média acima de 7,8 numa escala de notas de 0 a 10. **Conclusões:** A avaliação técnica é uma ferramenta objetiva para avaliação da capacitação técnica, auxiliando no planejamento de treinamentos da equipe multiprofissional.

Introdução

Segundo o Manual Internacional de Padrões de Certificação Hospitalar Joint Commission International (2008), “uma instituição de saúde necessita de uma variedade adequada de profissionais especializados e qualificados para cumprir a sua missão” (p. 195). Esta especialização e qualificação são verificadas na admissão do profissional na instituição por meio dos processos de recrutamento e seleção. Tal verificação tem basicamente um foco nas habilidades técnicas e comportamentais desenvolvidas pelo indivíduo até o momento da admissão.

No entanto, isto não é suficiente para se garantir a perenidade desta qualificação e especialização. O conhecimento deve ser atualizado e reciclado em função da evolução constante da literatura, bem como das diversas experiências e contexto nos quais os profissionais são envolvidos durante a sua carreira, incluindo a experiência na instituição no qual estando sendo admitidos.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) afirmam que o aprendizado é um processo complexo e não acontece de forma linear, por acréscimo, de modo a somar alguns novos elementos aos elementos anteriores – ele se estrutura mediante redes de conexão que cada sujeito faz, reelaborando associações singulares que se ampliam e ganham novos sentidos à medida que é capaz de desenvolver novas relações, envolver-se na resolução de problemas que esclarecem novas questões abrindo-se para aprendizagens mais complexas.

Além de questões técnicas, novos elementos são agregados ao arsenal de conhecimentos que fazem parte da prática assistencial tais como rotinas e procedimentos institucionais, os quais também carecem de atualização periódica e sistemática, a fim de propiciar a aderência dos profissionais de forma adequada. Considerando este processo, entende-se que o conhecimento do profissional é um elemento dinâmico que necessita ser atualizado e acompanhado pela instituição a fim de atender às necessidades dos pacientes com a devida qualidade e segurança.

A avaliação da capacitação técnica do profissional para a atuação em certa função numa dada instituição, é necessária para embasar o planejamento da reciclagem e da capacitação em novos conhecimentos, nas áreas objetivamente identificadas como insuficientes ou carentes de melhoria, passando assim a fazer parte de um processo estratégico de garantia de qualidade assistencial e melhoria contínua.

Definido o escopo e a relevância do problema, resta às instituições definirem um método válido para avaliar a capacitação técnica de seus profissionais. Entidades certificadoras e acreditadores de serviços de saúde pontuam a questão da necessidade de avaliação formal dos profissionais, mas cabe à instituição de saúde definir o método desta avaliação.

Justificativa

A avaliação da qualificação dos profissionais, visando à sua adequação às funções assistenciais, é um dos padrões de qualidade recomendados pela Joint Commission International no capítulo de Educação e Qualificação de Profissionais. O propósito deste quesito recomenda que:

“Profissionais qualificados são contratados pela instituição por um processo que compatibiliza as exigências do cargo com as qualificações do futuro membro do corpo profissional. Este processo também garante que as qualificações dos profissionais são avaliadas na admissão e periodicamente, de acordo com as necessidades do paciente.” (Propósito SQE.3, Manual 2008 - p.199)

O elemento de mensuração 4 do propósito acima referido é definido como: “a instituição define a periodicidade da avaliação contínua dos profissionais da área clínica.” (Elementos de mensuração – SQE.3, Manual 2008 - p.199)

O presente trabalho visa descrever o instrumento desenvolvido por um grande hospital geral privado para avaliar a capacitação técnica dos profissionais assistenciais da equipe multiprofissional, bem como expor e discutir os resultados obtidos com o mesmo nos anos de 2006 a 2008.

Métodos

A Avaliação Técnica dos profissionais em um grande hospital geral privado de São Paulo ocorre anualmente e seu resultado é agregado à Avaliação de Desempenho, a qual contempla fatores institucionais e específicos com foco nas habilidades comportamentais.

A Avaliação Técnica objetiva checar o grau de conhecimento do profissional nas questões conceituais da sua disciplina, procedimentos técnicos utilizados em sua área de atuação, rotinas de seu setor e políticas institucionais relacionadas à segurança do paciente e outras políticas diretamente relacionadas à assistência ao paciente.

Foi desenvolvido um software específico para a Avaliação Técnica e disponibilizado via internet com acesso restrito aos gestores, aos profissionais e à equipe responsável pela coordenação do processo.

As questões foram elaboradas em parceria com os coordenadores de setores e profissionais que são referências técnicas na instituição para a avaliação das seguintes categorias profissionais que atuam na instituição, a saber: assistente social, biólogo, biomédico, dosimetrista, enfermeiro, farmacêutico, físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, técnico e tecnólogo de radioterapia e técnico de raio-X.

As questões tiveram níveis de dificuldade diferenciados pelo nível do cargo do profissional – se junior, pleno ou sênior (para os profissionais de nível superior) ou se técnico (para os profissionais de nível médio).

Todos os profissionais receberam no mínimo 30 questões, sendo 10 conceituais de sua categoria, 10 de políticas institucionais incluindo a segurança do paciente, e 10 de especialidade, relacionadas com seus procedimentos específicos. Os profissionais de nível sênior receberam uma questão a mais para testar seus conhecimentos como referência técnica em sua área no que concerne à atualização técnico-científica segundo a literatura. O grupo de profissionais que participa do atendimento ao paciente no Protocolo Institucional de Acidente Vascular Cerebral (AVC) teve seus conhecimentos testados por meio de 10 questões adicionais específicas para este fim.

Estas questões são sorteadas de um conjunto de questões ativas no sistema, assim constituído: 3243 questões de especialidade, 208 questões de política institucional, 74 questões para profissionais sênior, 40 questões de AVC e 13 questões de segurança do paciente.

A duração da prova varia de 45 minutos (para os profissionais que receberam as 30 questões fundamentais) a 65 minutos (para os profissionais seniores que fazem parte do Protocolo AVC).

A mensuração dos erros e acertos é contabilizada numa nota final entre 0 a 10, a qual se relaciona com conceitos de desempenho, assim distribuídos: excelente (9,6-10,0), acima do esperado (8,1-9,5), atende ao esperado (6,1-8,0), requer melhoria (5,1-6,0) e insuficiente (0-5,0).

O sistema fica disponível ao usuário para realização da prova por um período de 40 dias, a fim de que prover tempo suficiente para que todos os profissionais da ativa possam se submeter à avaliação. São excluídos os profissionais que se encontram afastados por licença médica ou licença maternidade durante o período de realização da prova.

O sistema disponibiliza ainda relatórios para visão diferenciada entre os gestores, a fim de que possam acompanhar o processo durante sua execução (no. de profissionais que completaram a avaliação, no. de profissionais convocados, etc.) e ao final do processo (gráficos e tabelas com resultados por notas e por conceito, com foco em sua própria gestão e comparativos com a instituição em geral).

Ao longo do período de 2006 a 2008 foram feitos ajustes no sistema a partir da avaliação qualitativa emitida pelos usuários do sistema (gestores, profissionais avaliados e equipe responsável pelo processo). Estes ajustes incluíram:

- Adequação das questões em termos de atualização técnico-científica e de acordo com as rotinas e políticas institucionais vigentes;
- Inclusão de mais categorias profissionais: em 2007 foram incluídos os profissionais que atuam em laboratório clínico e, em 2008, foram incluídos os assistentes sociais e os profissionais que atuam na radioterapia (físicos, dosimetrista, técnicos e tecnólogos de radioterapia);
- Ampliação do tempo da prova básica de 30 para 45 minutos;
- Criação de provas mais específicas para atender melhor as demandas das diversas categorias profissionais e setores da instituição.

Ao final do processo, a equipe que coordena a Avaliação Técnica, consolida os resultados e os apresenta aos diversos níveis de gestão para que ações de melhoria possam ser planejadas de acordo com a necessidade de cada setor, incluindo reciclagens e capacitação interna ou externa à instituição. Estas ações de melhoria são geralmente formalizadas no Plano de Desenvolvimento Individual de cada profissional que se segue no fechamento da Avaliação de Desempenho do mesmo. Os resultados grupais subsidiam o planejamento de treinamento geral do setor para o ano seguinte, que se concretiza em parceria com a área de Treinamento em Saúde, responsável pela operacionalização e registro das ações de treinamento em toda a Instituição, fechando assim o ciclo de avaliação do conhecimento e implementação de melhorias conforme padrão Joint Commission International SQE.8 que diz "Cada profissional recebe treinamento em serviço e outras formas de educação continuada para manter ou aprimorar suas habilidades e conhecimentos" (Manual - p.201).

Resultados

A adesão dos profissionais ao processo de avaliação técnica, bem como seu desempenho médio por meio de nota encontram-se na tabela abaixo:

Os resultados demonstraram adesão crescente da equipe ao processo, atingindo o expressivo nível de 98% dos profissionais da ativa na instituição no final do período em estudo.

Em 2007 o sistema disponibilizou 117 diferentes tipos de provas e, em 2008, este número passou para 213 (45% a mais) a fim de atender às necessidades de especificidade das diferentes categorias profissionais e/ou setores. Provavelmente, este fato explique a pequena queda na média geral de nota, uma vez que houve um foco maior na área técnica de cada um, afastando-os um pouco de questões mais amplas e genéricas. De qualquer forma, as médias de nota apresentadas na tabela atingiram, em cada ano, mais de 90% dos profissionais, alocando-os dentro do conceito atende ao esperado, o que podemos considerar como altamente satisfatório para uma medida geral.

Em termos qualitativos, os usuários do sistema referiram melhoria constante do processo ao longo dos anos possibilitando adequação cada vez maior do sistema e da condução do processo para que se possam alcançar os objetivos propostos.

Conclusões

A Avaliação Técnica tem-se mostrado como ferramenta objetiva para avaliação da capacitação técnica dos profissionais assistenciais com alta adesão da equipe, resultados quantitativos satisfatórios, cumprindo os padrões de qualidade da Joint Commission International de forma objetiva e útil para o planejamento de ações de melhoria na qualificação técnica da equipe multiprofissional.

T00228- RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA: FERRAMENTA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Autor: TATIANE RAMOS CANERO; Co-autores: SAMIRA SCALSO DE ALMEIDA; DARCIANE CASTRO; CLAUDIA REGINA LASELVA

Resumo:

Introdução: A reconciliação medicamentosa é um processo que inicia-se na admissão do paciente e compreende a obtenção da relação dos medicamentos de uso habitual, o contato do enfermeiro com o médico e a prescrição dos medicamentos. **Justificativa:** Acompanhar a implementação e manutenção da Política de Reconciliação Medicamentosa. **Métodos:** A coleta de dados ocorreu durante o ano de 2008 após a implementação da Política de Reconciliação Medicamentosa. **Resultados:** Atingimos a meta proposta referente ao registro do contato quanto à reconciliação medicamentosa. **Conclusão:** Acreditamos que estudos subsequentes comprovarão a contribuição para a segurança do paciente e redução de eventos adversos.

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 (reconciliação medicamentosa) é um dos doze módulos de gerenciamento de riscos contemplados na campanha "5 milhões de vidas".

A reconciliação medicamentosa é um processo que inicia-se na admissão do paciente no ambiente hospitalar, sendo constituído por algumas etapas:

- a obtenção da relação dos medicamentos de uso habitual do paciente (incluindo nome da droga, dosagem, horário e última dose de utilização);
- o contato do enfermeiro com o médico quanto à reintrodução dos medicamentos de uso habitual;

-e a prescrição dos medicamentos indicados para a continuidade da utilização no ambiente hospitalar.

O processo de reconciliação medicamentosa é complexo, e requer o envolvimento e compreensão da equipe, o que resulta em dificuldades no desenvolvimento deste. A equipe necessita executar as etapas descritas, visando à obtenção das informações fidedignas quanto aos medicamentos de uso habitual, o registro destas informações e o contato com o médico quanto à indicação ou não da reconciliação, uma vez que a reconciliação é uma intervenção efetiva para a redução de eventos adversos relacionados à medicação.

Justificativa:

Com intenção de acompanhar a implementação e manutenção da Política de Reconciliação Medicamentosa realizamos o referido estudo, objetivando avaliar o preenchimento completo da relação dos medicamentos de uso habitual, na admissão do paciente, verificar o registro, na evolução de enfermagem, do contato do enfermeiro com o médico quanto à reconciliação medicamentosa.

Métodos:

Estudo realizado em um hospital privado, de grande porte, no município de São Paulo.

A Instituição possui Política de Reconciliação Medicamentosa, que preconiza o preenchimento do impresso Avaliação Inicial de Enfermagem onde consta um item específico para medicações de uso habitual contendo nome da droga, dose, horário e último horário de utilização do medicamento, o preenchimento deste impresso ocorre em até 24 horas após a admissão do paciente e é realizado pelo enfermeiro. A mesma política orienta, uma vez que o paciente faça uso de medicamentos habitualmente, que o enfermeiro em até 48 horas deverá entrar em contato com o médico titular do paciente para discutir a indicação/contra-indicação da reconciliação medicamentosa e registrar no impresso evolução de enfermagem o contato com o médico e a orientação do médico quanto à reconciliação (reconciliação parcial, integral e não indicada). Baseado nestas definições foi realizado um instrumento de coleta pelos autores.

A coleta ocorreu durante o ano de 2008 com periodicidade quadrimestral (Abril, Agosto, Dezembro) após a implementação da Política em Março de 2008.

A amostra foi constituída por pacientes internados na Clínica Médico-Cirúrgica (CMC) através da busca ativa em prontuário, estabelecendo como critérios de auditoria pacientes com período de internação superior a 48 horas e inferior a 30 dias, foram excluídos pacientes que permaneceram em outras unidades nas primeiras 48 horas de internação.

Estabeleceu-se como meta atingir 95% de conformidade no preenchimento completo do item referente às medicações de uso habitual do impresso Avaliação Inicial de Enfermagem, e atingir 75% de conformidade no registro na evolução de enfermagem do contato do enfermeiro com o médico quanto à reconciliação medicamentosa, discriminando a indicação parcial, integral ou não indicação da reconciliação.

Resultados

Após um mês da implantação da Política de Reconciliação Medicamentosa, realizamos a primeira coleta de dados (Abril/2008), foram incluídos 70 prontuários de acordo com os critérios estabelecidos, destes 90% (63 pacientes) relatavam o uso de medicamentos habituais, totalizando 367 medicamentos, analisamos então o preenchimento dos itens (nome, dose, horário e última dose) para cada medicamento, 99% (365) de conformidade no preenchimento do nome do medicamento, 64% (234) de conformidade no preenchimento da dose, 62% (228) de conformidade no preenchimento do horário, 29% (108) de conformidade no preenchimento da última dose, conforme demonstrado no gráfico 1 abaixo:

Quanto ao registro da reconciliação medicamentosa, em evolução de enfermagem, os resultados foram: dos 63 pacientes que relatavam o uso de medicamentos habitualmente, apenas em 24% (15) havia registro quanto à reconciliação medicamentosa, destes 60% (9) indicaram a reconciliação integral dos medicamentos de uso habitual, 33% (5) indicaram a reconciliação parcial e 7% (1) a reconciliação não foi indicada.

Frente aos resultados abaixo das metas estabelecidas, algumas medidas foram implementadas como: a sensibilização dos enfermeiros pelos coordenadores de enfermagem por meio de reuniões in loco e a maior divulgação da política.

Em Agosto/2008 realizamos a segunda coleta de dados, foram incluídos 113 prontuários de acordo com os critérios estabelecidos, destes 85% (96 pacientes) relatavam o uso de medicamentos habituais, totalizando 407 medicamentos, analisamos então o preenchimento dos itens (nome, dose, horário e última dose) para cada medicamento, 100% (407) de conformidade no preenchimento do nome do medicamento, 77% (314) de conformidade no preenchimento da dose, 59% (240) de conformidade no preenchimento do horário, 50% (202) de conformidade no preenchimento da última dose, conforme demonstrado no gráfico 2 abaixo:

Quanto ao registro da reconciliação medicamentosa, em evolução de enfermagem, os resultados foram: dos 96 pacientes que relatavam o uso de medicamentos habitualmente, apenas em 28% (27) havia registro quanto à reconciliação medicamentosa, destes 30% (8) indicaram a reconciliação integral dos medicamentos de uso habitual, 33% (9) indicaram a reconciliação parcial e 37% (10) a reconciliação não foi indicada.

Comparando os dois períodos observamos melhora no preenchimento do item última dose, porém o registro do contato com o médico quanto à reconciliação medicamentosa ainda permaneceu abaixo da meta proposta. Novas ações de melhoria foram implementadas, com a participação dos enfermeiros seniores que desenvolveram um projeto lembrete e ministraram orientações individuais para os enfermeiros das unidades da CMC, somado a sensibilização com os médicos realizado pela prática médica e com a divulgação dos dados das auditorias realizadas pelo grupo da qualidade.

Após o conjunto de ações realizamos a coleta dos dados em Dezembro/2008, foram incluídos 114 prontuários de acordo com os critérios estabelecidos, destes 87% (99 pacientes) relatavam o uso de medicamentos habituais, totalizando 5617 medicamentos, analisamos então o preenchimento dos itens (nome, dose, horário e última dose) para cada medicamento, 100% (561) de conformidade no preenchimento do nome do medicamento, 87% (486) de conformidade no preenchimento da dose, 53% (297) de conformidade no preenchimento do horário, 63% (353) de conformidade no preenchimento da última dose, conforme demonstrado no gráfico 3 abaixo:

Quanto ao registro da reconciliação medicamentosa, em evolução de enfermagem, os resultados foram: dos 99 pacientes que relatavam o uso de medicamentos habitualmente, em 77% (76) havia registro quanto à reconciliação medicamentosa, destes 42% (32) indicaram a reconciliação integral dos medicamentos de uso habitual, 46% (35) indicaram a reconciliação parcial e 12% (9) a reconciliação não foi indicada.

O item horário do medicamento apresentou pequena queda quando comparado aos dados anteriores, justificado pela dificuldade dos profissionais em interpretar o horário como frequência acarretando o preenchimento inadequado, apesar da melhora no preenchimento dos itens dos medicamentos de uso habitual, a meta de 95% de conformidade no preenchimento não foi atingida, permanecendo em 76% de conformidade, conforme demonstrado no Gráfico 4.

Atingimos a meta proposta referente ao registro do contato quanto à reconciliação medicamentosa, com 77% de conformidade (Gráfico 5).

Conclusão:

Estudos demonstram que a reconciliação medicamentosa contribui para a segurança do paciente e diminuição dos eventos adversos de medicação, todavia esta prática não estava incorporada à assistência na Instituição de estudo.

Com o desenvolvimento das políticas e das ações implementadas para a incorporação da reconciliação medicamentosa na prática médico assistencial, observamos uma crescente melhora na adesão da equipe e acreditamos que estudos subsequentes comprovarão a contribuição para a segurança do paciente e redução de eventos adversos na referida Instituição.

T00232 - PRESTADORES DE SERVIÇOS: ATORES ESTRATÉGICOS NA REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Autor: ANA SUELY ALVES FERREIRA; Co-autor: AMANCIO PAULINO DE CARVALHO

Palavras Chaves - Prestadores, Saúde Suplementar, Qualidade

Introdução

A Gerência de Relação com os Prestadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar GERPS/ANS, tem como atribuições coordenar interna e externamente à Agência, as ações que dizem respeito aos prestadores de serviços da saúde suplementar nos seus aspectos de normatização, acompanhamento das relações entre prestadores e operadoras, inclusive quanto à contratualização, discussão e proposta de critérios de qualidade para o monitoramento da atuação deste grupo no mercado. Ainda promover a integração técnica com o Sistema Único de Saúde e coordenar as ações internas entre as gerências e comitês da ANS, envolvidos com estes atores, além do desenvolvimento de estudos e pesquisas para aprimorar a qualidade da prestação de serviços.

Como se trata de um setor novo que atende, tanto à determinação interna da Agência como também a expectativa do mercado, a necessidade de iniciar suas atividades a partir de uma visão organizada e coerente, levou a Gerência a definir como uma prioridade de ação, estabelecer políticas no processo regulador de indução à qualidade na atenção à saúde desenvolvidas pelos prestadores de serviço.

Para isso, o planejamento da GERPS, definiu metas prevendo-se dois momentos: o primeiro, de articulação e investimentos nos órgãos acreditadores e o segundo momento de atuação direta junto aos prestadores de acordo com sua missão institucional - "Promover o equilíbrio nas relações entre operadoras e prestadores de serviços, bem como a qualificação dos prestadores na atenção à saúde, em articulação com SUS" - norteadas pela missão institucional da ANS - "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País". Ainda é importante destacar, no que diz respeito à interface com o SUS através do Ministério da Saúde, que foram previstas no Programa de Aceleração do Crescimento MAIS SAÚDE, ações inerentes à atuação da GERPS. A inserção está no foco de atuação ATENÇÃO À SAÚDE, item 2.2 - Garantir estratégia de integração e articulação entre o SUS e a Saúde Suplementar - onde foi inserida a seguinte etapa e suas respectivas ações: ETAPAS DO PAC MAIS SAÚDE ITEM - 2.28.1 - Acreditar as operadoras para garantir a qualidade do atendimento dos beneficiários que possuem planos coletivos ou individuais de saúde, incluindo a qualificação dos prestadores de serviço.

AÇÕES:

Acordo com instituições financeiras para apoio, na forma de crédito, ao processo de acreditação de serviços da saúde no setor de saúde suplementar 1ª etapa - BNDES - Concluída em dezembro de 2008

2ª etapa - CEF - prazo 08/2009.

Definição de metas quantitativas - 08/2009

Definição de política pública de incentivo à acreditação de serviços de saúde no setor de saúde suplementar, com metas estabelecidas para hospitais e laboratórios de patologia clínica até 2011

Definição de política pública de incentivo à participação de prestadores de serviço do setor de saúde suplementar no sistema de notificação de eventos adversos da Agência Nacional de Vigilância

Definição de política pública de incentivo a médicos que atuam no setor de saúde suplementar a inscreverem-se no programa do Certificado de Atualização Profissional da Associação Médica Brasileira - AMB, com metas estabelecidas até 2011.

Definição de política pública de incentivo à participação de hospitais do setor de saúde suplementar em grupos de qualidade hospitalar formalmente constituídos com a finalidade de acompanhar indicadores, com metas estabelecidas até 2011.

Definição de painel de indicadores de qualidade assistencial para avaliação dos cuidados em saúde oferecidos pelos prestadores de serviços do setor de saúde suplementar, com metas estabelecidas para hospitais até 2011.

Assim o presente trabalho traz um estudo sobre as ações e relações dos prestadores no mercado de saúde suplementar a partir dessa aproximação hoje propiciada pela criação da referida Gerência pela ANS.

Justificativa/Resultados

Tendo como referencial a necessidade de criar a identidade da Gerência interna e externamente à ANS, esta tem por objetivo - Promover a qualificação dos prestadores na atenção à saúde e o equilíbrio nas relações entre operadoras e prestadores. Deste modo se define como itens

prioritários: - Levantamento dos principais desafios políticos e estratégicos em acompanhamento ao PAC- Mais Saúde e suas ações; e a relação das operadoras com os prestadores tendo como monitoramento inicial a troca de informações pelo Radar TISS e a sistematização das demandas das relações prestadores/operadoras e beneficiários através da Ouvidoria/ANS e a interface interna e externa e suas atribuições a partir da RN 163/2007, que trata da sua criação e as atividades previstas para cumpri-las.

Assim o presente trabalho, identifica que a Gerência efetivou várias ações, listadas como prioritárias, na indução da melhoria da qualidade da atenção à saúde com resultados concretos como:

O crescimento das demandas da Ouvidoria, demonstrada na pesquisa dentre 2007/2008 realizada por este setor. Sendo que em 2007, por meio de pesquisa feita no período compreendido entre 01/01/2007 e 11/10/2007, registrou-se 101 reclamações acerca da atuação dos prestadores no mercado de saúde suplementar. No mesmo período, em 2008, foram registradas 142 demandas, apresentando um aumento de 40,6%. O aumento significativo no número de registros pode indicar maior conscientização da população acerca da atuação desta Agência reguladora e seus objetivos institucionais.

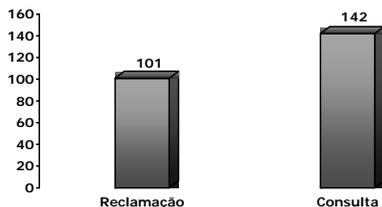
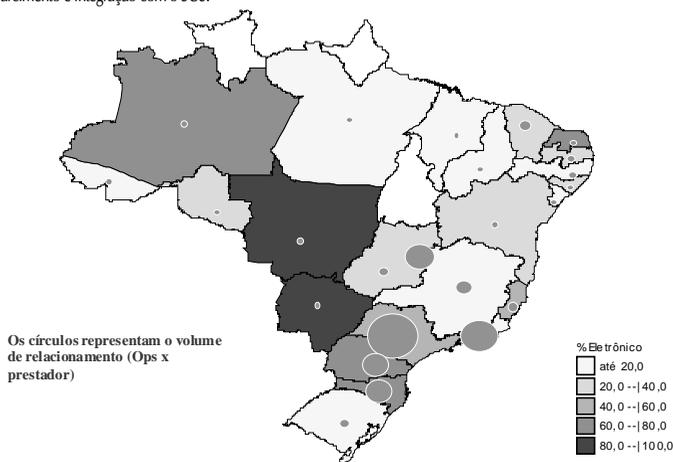


Gráfico 01 – Aumento do número de demandas acerca da atuação dos Prestadores de Saúde - te-Ouvidoria/ANS.

A pesquisa Radar TISS, que identifica o volume das relações entre a troca de informações entre as operadoras e os prestadores tendo por etapa inicial aqui identificada, todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, excetuando-se aquelas exclusivamente odontológicas e as administradoras de planos de saúde.

Quando a ANS, estabeleceu padronização obrigatória para troca de informações em saúde entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. Esta padronização, denominada padrão TISS favorece a busca de resultados que serão objetos dos mais variados estudos sejam epidemiológicos, como também no processo de avaliação da qualidade dessa relação nas mais variadas formas de indicadores, no estabelecimento das relações na saúde suplementar. Demonstramos aqui que a pesquisa aponta um volume de 26 milhões de trocas de guias do padrão TISS em um único mês. Algumas tendências importantes no processo de implantação do padrão também foram observadas, dentre as quais a distribuição desigual no relacionamento eletrônico entre operadoras e prestadores nos estados (ver mapa). Esta distribuição desigual também apareceu entre os diversos tipos de prestadores (hospitais, laboratórios, clínicas, consultórios e pronto-socorros). Observou-se, por exemplo, que os “Laboratórios” foram os prestadores que mais se relacionaram (66,5%) de forma eletrônica com as operadoras.

As diferentes modalidades e portes das operadoras apresentaram diferenças nos percentuais de trocas eletrônicas de guias do TISS. Assim, a modalidade das Cooperativas Médicas atingiu um percentual bastante representativo de trocas de guias eletrônicas (60,6%), bem superior às demais. As operadoras de médio porte foram aquelas que obtiveram melhor desempenho na troca de guias eletrônicas (46,8%). Fonte Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS.



Estratégias de Forças e Oportunidades	Oportunidades: Mais Saúde Pressão dos Beneficiários e Órgãos de Classe	Estratégias de Oportunidades e Fraquezas
Forças Equipe qualificada; desenvolvimento	Missão/ Visão/ Valores	Fraquezas Equipe Reduzida, frente ao conjunto de ações a serem concretizadas.
Estratégias de Forças e Ameaças	Ameaças: Limitada compreensão do papel da ANS por parte dos prestadores, com expectativas distorcidas.	Estratégias de Ameaças e Fraquezas

Assim, a partir das ações que são identificadas, a ANS obtém resultados concretos que devem ser acompanhados para que se crie a memória do processo de aproximação com este grupo de atores (prestadores de serviço) propiciando assim a construção dos indicadores necessários na indução da melhoria da qualidade na atenção à saúde.

Método

A metodologia frequente no desenvolvimento do trabalho teve por base a Matriz de SWOT, onde em situação contínua define-se as Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças dessa relação entre os atores da saúde suplementar com os prestadores.

Demonstra-se que vários cenários são promissores para a definição dessa ação estratégica da ANS, na criação da GERPS.

Matriz de SWOT - A Análise SWOT é uma ferramenta utilizada para análise de cenário, sendo usado como base para gestão e planejamento estratégico em uma corporação ou empresa, mas podendo ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário. O termo SWOT é uma sigla oriunda do inglês: Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats). Segundo HINDLE & LAWRENCE – 1994 - a análise SWOT foi criada por dois professores da Harvard Business School, Kenneth Andrews e Roland Christensen. Por outro lado, TARAPANOFF (2001:209) indica que a idéia da análise SWOT já era utilizada há mais de três mil anos quando cita em uma epígrafe, um conselho de Sun Tzu: "Concentre-se nos pontos fortes, reconheça as fraquezas, agarre as oportunidades e proteja-se contra as ameaças" (SUN TZU, 500 a.C.)

No que concerne a criação e definição no cenário Ministério da Saúde/ANS e a Gerência, a aplicabilidade da matriz se identificou em várias etapas:

- de oportunidades no que se refere ao PAC Mais Saúde, pressão dos beneficiários e órgãos de classe;
- de ameaças quanto as relações complexas entre prestadores e operadoras;
- de forças quanto à legislação da ANS, enquanto agente regulador;
- de fraquezas no que diz respeito a recente implantação da Gerência, ainda imatura para a atuação nas relações entre operadoras, prestadores e no intermeio ao beneficiário.

Conclusão

O cuidado da assistência à saúde ao beneficiário de plano de saúde ocupa várias vertentes de direções quando se trata do papel do estado e sua governança quanto a relação das operadoras de plano de saúde e prestadores de serviços de saúde. No que concerne ao prestador, há ações recentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar sobre o tema, com um programa político setorial de gestão voltado ao incentivo à qualidade nessa relação. Deste modo, estabelecer o presente trabalho demonstra alguns dos segmentos norteadores para a definição das relações, propondo medidas legais para fortalecer a integração entre a Saúde Suplementar e a Saúde Pública na busca da qualidade no sistema de Saúde Brasileiro.

Resumo

Um marco no cuidado da assistência à saúde, foi a criação na ANS da Gerência de Relação com os Prestadores de Serviços de Saúde/GERPS, através da RN 163/2007, ligada à Diretoria de Desenvolvimento Setorial. Baseado nas ações da GERPS, buscou-se estratégias de estudo, avaliação e análise quanto a sua implantação no âmbito da ANS e nas relações entre prestadores, operadoras e beneficiários com intuito da indução da qualidade, no sistema de saúde brasileiro inserido no PAC Mais Saúde. Tendo como instrumentos avaliativos, o Radar TISS, Relatório da Ouvidoria/ANS das demandas acerca da atuação dos Prestadores na saúde suplementar.

Referência Bibliográfica

- HILL, T & WEESTBROOK, R. SWOT analysis: it's time for a product recall. Long Rang Planning, Vol. 30 n 1, pág. 46-52, 1997. MINTZBERG, H. The fall and rise of strategic planning. Harvard Business Review, January-February, 1994.
 PETER L. Bernstein, Desafios aos Deuses, Editora Campus, 1997
 PORTER, Michael E. Vantagem Competitiva. Campus, Rio de Janeiro, 1990.
 Relatório de Governança da OCDE, Brasil, 2007

WENSLEY, Robin. PIMS and BCG: New horizons or false dawn? London Business School, London, December, 1979.

WRIGHT, Peter L. et al. Administração estratégica. São Paulo, Atlas, 2000

T00233 - A PORTABILIDADE DA AGÊNCIA REGULADORA E A PRÁTICA DE MERCADO, EM GUARULHOS.

Autor: ADRIANO LEITE SOARES; Co-autor: ANDRESA QUIOCA MOZZELLI

Introdução

A portabilidade interessa aos consumidores e à sociedade, a medida que incentiva a concorrência, fazendo com que as operadoras de planos de assistência à saúde busquem prestar serviços de qualidade com menor preço. Por outro lado, interessa também às operadoras, uma vez que, dentro de livre concorrência prevista no artigo 170, inciso IV da Constituição Federal, podem lutar por novas fatias de mercado.

Porém ainda permanece a dúvida se o advento da portabilidade, nos moldes propostos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem trazer benefícios para os usuários e contratantes dos Planos de Assistência à Saúde, ou se a própria competitividade exercida pelo mercado como fonte reguladora intrínseca, por si só, traz mais vantagens do que a legislação ora vigente.

Este estudo tem por objetivo comparar as regras propostas pela Resolução Normativa 186, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e algumas políticas de vendas já praticadas pelo mercado das Operadoras dos Planos de Assistência à Saúde.

Método

Foram estudadas as regras propostas pela resolução normativa 186 de 14 de janeiro de 2009 e seus anexos, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que dispõem sobre a regulamentação da portabilidade das carências e imposição de cobertura parcial temporária.

Foram analisadas também, as políticas de vendas praticadas atualmente por 6 Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, que atuam no mercado da cidade de Guarulhos, sendo que 5 operadoras de âmbito nacional e uma operadora de mercado mais local regional, entre a cidade de Guarulhos e adjacências.

Promoveu-se discussão entre as novas regras propostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e as práticas já usuais de mercado, na cidade de Guarulhos, sob o foco dos seguintes aspectos:

- a) abrangência da portabilidade;
- b) redução total ou parcial das carências e pré-existência;
- c) contrato individual/familiar e o contrato coletivo;
- d) tempo de permanência no plano de saúde;
- e) exclusões para a concessão da redução de carências;
- f) documentação solicitada.

Base Teórica

A Resolução Normativa 186

A Agência Nacional de Saúde Suplementar editou em 14 de janeiro de 2009, com publicação em Diário Oficial no dia subsequente, a Resolução Normativa 186, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do artigo 12 da lei 9656/98, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

O artigo 12, inciso V da Lei 9656/98 refere-se aos prazos máximos de carência que podem ser fixados pelas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, por ocasião da contratação, sendo permitido um prazo máximo de trezentos dias para partos a termo; de cento e oitenta dias para os demais casos; e de vinte e quatro horas para a cobertura dos casos de urgência e emergência.

A referida resolução permite ao beneficiário o exercício da portabilidade desde que seja considerado tipo compatível, por preencher os requisitos de abrangência geográfica, segmentação assistencial, tipo de contratação e faixa de preço.

A resolução dispensa o cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

- a) estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8;
- b) possuir prazo de permanência;
- c) o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem;
- d) a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem;
- e) o plano de destino não estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa", ou "cancelado".

Com relação ao prazo mínimo de permanência, na primeira portabilidade de carência, há exigência de dois anos no plano de origem, ou de três anos quando tiver cumprido cobertura parcial temporária, sendo que nas portabilidades posteriores, o prazo mínimo é de dois anos de permanência no plano de origem.

Classificação dos Planos Privados de Assistência à Saúde para fins de portabilidade de carências.

A resolução normativa 0186, de 15 de janeiro de 2009, em seus anexos, classificou os planos privados de assistência à saúde, para fins de portabilidade, segundo:

- a) Abrangência Geográfica;
- b) Segmentação Assistencial;

Com relação à abrangência geográfica, os planos privados podem ser Municipais, Estaduais ou Nacionais. Os planos de saúde Municipais são os que englobam um município ou um grupo de municípios. Os Estaduais são os que englobam os planos de abrangência geográfica estadual ou grupos de estado, e os Nacionais, englobam os planos de abrangência geográfica nacional.

A divisão com base na segmentação assistencial, divide os planos de saúde em:

- a) Sem internação;
- b) Internação sem obstetria;
- c) Internação com obstetria.

Os planos de assistência sem internação englobam os planos ambulatoriais com ou sem odontologia. E os planos com internação englobam os planos com segmentação hospitalar, tendo eles os não planos odontológicos agregados. Eles se diferenciam pela inclusão ou não da obstetria.

Desta forma para fins de portabilidade, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) criou a possibilidade de nove grupos de planos privados diferentes:

- a) sem internação – municipal;
- b) sem internação – estadual;
- c) sem internação – nacional;
- d) internação sem obstetria – municipal;
- e) internação sem obstetria – estadual;
- f) internação sem obstetria – nacional;
- g) internação com obstetria – municipal;
- h) internação com obstetria – estadual; e
- i) internação com obstetria – nacional.

Considerou a Agência a possibilidade de portabilidade entre planos congêneres, ou em planos de abrangência geográfica inferior ao que o beneficiário possui. Criou também a possibilidade de transferência de planos com internações para planos sem internações sendo neste caso possível a transferência de um plano municipal, para não somente um correlato, mas para um estadual ou nacional, desde que como dito sem internação.

Da mesma forma e seguindo a mesma linha de raciocínio, os planos com internação e obstetria, podem ser transferidos para planos sem internação e para planos sem obstetria, mesmo que com uma abrangência maior.

A compatibilidade de tipos entre planos exclusivamente odontológicos, independe da abrangência geográfica.

Resultados

a) abrangência e segmentação da portabilidade;

A grande maioria das operadoras estudadas cita em suas políticas de vendas, alguma relação com a abrangência do plano anterior ou a segmentação do mesmo, tornando-se quase uma unanimidade a preocupação de mercado com a classificação das operadoras concorrentes em compatíveis e não compatíveis.

Somente uma das operadoras se preocupa com a similaridade da segmentação mas em nenhum momento faz algum relato sobre a abrangência geográfica.

Somente uma das operadoras analisadas, refere comprar carência de todas as operadoras, não fazendo relação se há compatibilidade ou não com os planos comercializados por ela.

A empresa de abrangência loco-regional, apesar de citar a redução das carências com empresa congêneres, não cita claramente o critério para a classificação das mesmas, nem mesmo disponibiliza aos seus vendedores. Ela não promove redução para Parto à Termo, que mantém o máximo permitido pela legislação vigente (Lei 9656/98), que é de 300 dias, e nem para Consultas de Urgência e Emergência, que é de 24 horas.

Duas operadoras dividem a empresa congêneres em 2 subgrupos, porém aparentemente sem correlação com valores de similares de mensalidades, sendo classificados em subgrupo A planos de assistência à saúde com valores de prêmios historicamente superiores ao classificado no subgrupos B, sendo que a diferença entre a redução preconizada para o subgrupo A e B, parece está relacionado também com o tempo de permanência no plano anterior. Em uma das duas há redução inclusive de Consultas Eletivas, sendo que na outra, as carências para Parto a Termo (300 dias), Consultas Eletivas (30 dias), e Consultas de Urgência e Emergência (24 horas), permanecem as mesmas preconizadas para qualquer cliente ao entrar na operadora.

Uma delas faz objeção formal aos Planos de Assistência a Saúde como o Sinam e a Nipomed.

Uma das operadoras faz redução de carência para operadoras congêneres e não congêneres, sendo que não houve acesso à listagem das operadoras consideradas como congêneres, apesar de que não é utilizado ter a mesma faixa de preço, para esta definição. A maior diferença entre a redução de carências para as operadoras congêneres está na redução de dias de carência para exames especiais e para internações clínicas e cirúrgicas.

b) redução total ou parcial das carências e pré-existência;

Nenhuma das operadoras de planos de assistência à saúde analisadas praticam redução total das carências. Todas praticam redução do número de dias de carências quer seja para consultas eletivas, para exames simples e especiais, para internações clínicas e cirúrgicas, sendo a redução de forma escalonada e diretamente proporcional ao tempo de permanência no beneficiário no plano anterior.

Todas as operadoras estudadas que possuem descrição de compra de carência em sua política de vendas não reduzem dias de carência para Parto a Termo. Uma das operadoras exclui também algumas doenças e procedimentos como as diálises e hemodiálises, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e suas complicações e procedimentos de quimioterapia.

c) contrato individual/familiar e o contrato coletivo;

Duas operadoras, sendo uma de abrangência nacional e uma de abrangência mais loco regional, não relata em sua política de vendas, se faz redução de carências com beneficiários que eram de planos de saúde de pessoas jurídicas, que não se encaixem nas opções legais de aposentados e demitidos determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

As outras três operadoras de planos de saúde aceitam reduzir as carências de ex usuários de planos de saúde de pessoas jurídicas.

d) tempo de permanência no plano de saúde;

Com exceção de uma das operadoras que divulgam suas políticas de redução de carências em suas vendas, que refere somente a necessidade de o beneficiário apresentar os 3 últimos boletos da assistência médica anterior, e de uma que não faz relato da compra de carências com redução das mesmas diretamente proporcional ao tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde anterior, as demais fazem esta relação e fixam um mínimo de 6 meses, como o limite inferior de permanência no operadora anterior.

e) exclusões para a concessão da redução de carências;

Cinco das seis operadoras citam em sua política de vendas, informações sobre as regras de não a concessão da redução de carências.

Das cinco que mantêm claras suas políticas de compra de carência, quatro mantêm como uma das limitações a faixa etária do beneficiário. A idade limite varia de 58 anos a 64 anos. Somente uma não cita limite de faixa etária para redução ou compra de carências. Uma das cinco operadoras tem somente esta regra explicitada em sua política de vendas.

Duas relatam que doenças ou lesões pré-existentes serão excluídas, sendo que as demais não fazem citação sobre o assunto.

A inadimplência é um dos fatores determinantes para a redução de carências em 3 das operadoras analisadas, sendo que em duas delas o limite imposto para a compra das carências é de que a inadimplência não seja superior a 60 dias, e em uma, superior a 90 dias em seu plano de origem.

Uma das operadoras exclui a redução de carência para transplantes, internações psiquiátricas e doenças infecto-contagiosas.

f) documentação solicitada

A maioria das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde não deixam claro em sua política de vendas que é entregue aos seus vendedores, as informações necessárias sobre a documentação a ser solicitada na compra de carência. Somente duas operadoras descrevem os documentos necessários para a portabilidade nos Planos de Saúde. Ambas solicitam comprovação dos 3 últimos pagamentos quitados, sendo que uma obriga que o boleto pago do mês mais recente seja o original; e a cópia do contrato ou carteirinha do plano anterior. Uma permite que a cópia do contrato ou carteirinha do plano anterior possa ser substituída por declaração da operadora anterior sobre a situação do beneficiário.

Discussão

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), O projeto de mobilidade com portabilidade de carências faz parte do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo Federal – Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde (Mais Saúde) e é considerado pela ANS como importante instrumento de estímulo à concorrência no mercado de saúde suplementar, permitindo que os consumidores tenham mais liberdade de escolhas.

A ANS vincula em sua resolução 186, a portabilidade compatível com a abrangência geográfica e a segmentação assistencial, permitindo que planos com mesmo nível de preço tenham que receber beneficiários de outras operadoras, sem a imposição de carências já cumpridas, desde que em um mesmo nível de abrangência ou de segmentação, ou em nível inferior. Porém aqui se pode ressaltar uma inconsistência da resolução 186, que é o de não definir o que é mesma faixa de preço. Serão preços iguais, ou se aceitará uma faixa percentual entre os valores de prêmios, e qual é o percentual.

As definições de abrangência e segmentação da ANS também deixam de lado as questões de acomodação.

Como se pode verificar no levantamento realizado, as Operadoras de Planos de Assistência à Saúde tentam em sua grande maioria classificar as operadoras em compatíveis e não compatíveis, e apesar de não determinarem o “modus operandis”, da referida classificação, nota-se similaridade entre preços e tipos de serviços prestados, como por exemplo, se a assistência está focada mais em serviços terceirizados, ou em recursos próprios, se há livre escolha de médicos e prestadores, ou se a operadora restringe o acesso a determinados recursos.

Considerando somente preços como fator para a portabilidade, a ANS deixou de lado alguns outros pontos relevantes quando se compara o serviço prestado entre as operadoras de planos de saúde, como por exemplo, a acessibilidade do beneficiário aos serviços e a tempestividade da prestação dos mesmos.

Não define também a ANS em sua resolução a portabilidade, o que é o plano de destino estar compatível com o do plano de destino. Acredita-se que a fórmula para as operadoras de planos de assistência à saúde determinarem o que é um plano compatível deva levar muito mais em consideração questões de competitividade de mercados do que similaridade entre seus produtos. Há operadoras que compram carências em sua política de venda, mesmo sem faixa de preço compatível, simplesmente pelo fato se serem concorrentes diretas locais.

Atualmente, o beneficiário de plano de saúde individual tem direito a sair de uma operadora e contratar plano em outra (mobilidade) a qualquer tempo. Porém, o cumprimento do período de carência não o isenta de ter que cumprir novamente esse prazo ao trocar de operadora. Com a entrada em vigor da mobilidade com portabilidade de carência, o beneficiário terá mais facilidade para trocar de plano, caso não esteja satisfeito com a assistência prestada. Para isso, basta cumprir alguns requisitos (confira as regras da portabilidade).

Neste ponto talvez esteja um dos grandes avanços da portabilidade criada pela ANS, o de redução total de carências e de doenças ou lesões pré-existentes. Em todas as operadoras estudadas não há uma redução total das carências e das doenças ou lesões pré-existentes, mesmo que o beneficiário já seja possuidor do plano de saúde há mais de 24 meses.

Por outro lado, as operadoras de assistência à saúde praticam reduções parciais de carências com tempos de permanências menores dos beneficiários nas carteiras das concorrentes, enquanto que a ANS fixa como tempo de permanência de 2 anos para a redução das carências normais e de 3 anos para a redução da carência de doenças e lesões pré existentes.

Outro ponto extremamente favorável a portabilidade criada pela ANS, é a ausência de exclusões para compra de carências, como por exemplo, algumas operadoras estudadas, compram parte da carência, mas não dão direito a um procedimento específico, ou ao tratamento de uma doença específica.

Com relação às regras de inadimplência, a ANS não define claramente em sua resolução, o que é estar adimplente. Estar adimplente é pagar a sua última mensalidade no dia de seu vencimento? Se sim, porque a ANS permite que o beneficiário continue tendo seu atendimento ativo até completar duas parcelas em atraso, segundo a Lei 9656/98?

Outro ponto questionável na resolução 186, e a questão de não citar portabilidade para ex-beneficiários de planos de saúde de pessoa jurídica, que não se encaixam nas regras de aposentados ou demitidos da Lei 9656/98, e que queiram adquirir um plano de saúde após terem se desligado da empresa. Verificou-se que o mercado pratica tal situação, de redução parcial de carências para estes ex-beneficiários de planos coletivos. Não há também nenhuma citação sobre ex-usuários de planos coletivos por adesão prática de mercado que vem se tornando cada vez mais freqüente, entre associações, conselhos classistas e sindicatos.

Em conclusão, não há como negar o avanço da possibilidade de portabilidade, até porque desde a criação da Lei 9656/98, a ANS tem tentado transformar os planos de saúde em uma espécie de commodities, porém suas regras ainda precisam ser melhoradas e adaptadas à realidade dos diversos mercados de saúde existente neste País de dimensão continental, e talvez regulamentar um mercado de redução parcial de carências que já se faz presente entre as operadoras.

Bibliografia

1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Portabilidade de carências: regulamentada a norma sobre portabilidade de carências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2009.
2. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN N.º 186, de 14 de janeiro de 2009 - Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2009.
3. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa - RN N.º 186, de 14 de janeiro de 2009 - Anexos. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2009.
4. BRASIL. Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998. Medida Provisória n.º 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2009.
5. INFOMONEY. Regras da portabilidade nos planos de saúde são publicadas no Diário Oficial. Disponível em: <http://www.uol.com.br/>. Acesso em: 15 de janeiro de 2009.
6. INFOMONEY. Portabilidade de planos de saúde é restrita e não resolve problemas, diz Idec. Disponível em: <http://www.uol.com.br/>. Acesso em: 13 de janeiro de 2009.

T00236 - A AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA COM OS HOSPITAIS NORTE-AMERICANOS

Autor: PAULO MARCELO ZIMMER; Co-autores: ELENARA OLIVEIRA RIBAS; LAURA SOUZA BERQUÓ; GABRIEL AFONSO MARCHESI LOPES

Palavras-chave: segurança hospitalar, qualidade assistencial, cultura de segurança.

RESUMO

A importância da cultura institucional de segurança do paciente tem sido reconhecida nos últimos anos. Este estudo avalia o comportamento institucional em relação à segurança dos pacientes em um hospital privado de grande porte. Foi realizada a análise comparativa entre os dados da cultura de segurança institucional e os da Agency Healthcare Research and Quality. Identificou-se superposição mais significativa no grupo referente à Freqüência dos Eventos Notificados do questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture e diferença maior no Trabalho em Conjunto dentro da Unidade. Conclui-se que existem muitas oportunidades para consolidar uma cultura de segurança em âmbito hospitalar.

INTRODUÇÃO

Segurança tem sido um tema de crescente interesse em todo o mundo desde a publicação do relatório "Errar é Humano" (To Err is Human) pelo Institute of Medicine em 2000[1]. Como forma de avaliar avanços da segurança na assistência à saúde o National Quality Forum e a Joint Commission International[2] recomendam a implementação programas de avaliação e melhoria de uma cultura de segurança do paciente. Para quantificá-la, foram criados questionários com perguntas simples, levando em consideração a percepção sobre a atitude dos gestores em relação a segurança, o trabalho conjunto, o reconhecimento de estresse, a satisfação com o trabalho, as condições de trabalho e o clima institucional[3].

JUSTIFICATIVA

Em nossa instituição, a segurança tem sido uma preocupação constante, com implantação de projetos específicos desde 2006. No entanto, é preciso que algumas mudanças de atitudes, imprescindíveis para modificar os desfechos, tenham completa compreensão e valorização por todos os envolvidos. Deste modo, para avaliar e, posteriormente, acompanhar a percepção do nosso comportamento em relação a segurança foi implementado uma avaliação que segue o modelo proposto pela AHRQ (Agency Healthcare Research and Quality) e é conhecido como o questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture[4].

METODOLOGIA

O questionário Hospital Survey on Patient Safety Culture da AHRQ foi traduzido e aplicado aos profissionais que trabalham na área assistencial do hospital. Os doze domínios utilizados para a avaliar a cultura e presentes no questionário são: freqüência de eventos notificados; transferências; feedback e comunicação sobre erros; comunicação aberta; percepção de segurança; respostas não punitivas aos erros; melhoria contínua aprendizado organizacional; suporte da diretoria para a segurança do paciente; expectativas das lideranças e supervisão e ações de promoção de segurança do paciente; trabalho em equipe entre as unidades; equipe; e trabalho em conjunto dentro da unidade.

A resposta foi individual e os dados foram compilados em planilha do Microsoft Office Excel 2003.

As possibilidades de escolha, em cada opção, foram categorizadas em: “discordo totalmente”, “discordo”, “não concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”.

Atendendo às recomendações de análise propostas pelo AHRQ, foi realizada uma comparação entre os nossos resultados e os resultados disponíveis no banco de dados do AHRQ para instituições de mesmas características e número de leitos, considerando uma taxa de 5% de variação entre os percentis de cada grupo. Havendo sobreposição da barra de erros (5%), considerou-se que as diferenças nos resultados não são significativas, enquanto que, não havendo a sobreposição da barra de erros, considerou-se que a diferença dos resultados é significativa.

Por fim, os resultados são avaliados conforme o número de respostas favoráveis, isto é, sendo a pergunta negativa, como, p.ex.: “é apenas por sorte que erros/enganos mais sérios não têm acontecido aqui”, o número apresentado é o número de respondedores que marcaram “discordo” mais os que marcaram “discordo totalmente”. Enquanto que, sendo a pergunta positiva, p.ex.: “as pessoas se ajudam mutuamente nesta unidade”, o número apresentado é a soma dos que responderam “concordo” mais os que responderam “concordo totalmente”.

RESULTADOS

Foram respondidos, no primeiro semestre de 2008, 727 questionários de um total de 1050 (69,2%) funcionários da área assistencial. Destes, 507 (69,7%) eram técnicos de enfermagem, 129 (17,9%) eram enfermeiros, 53 (7,4%) médicos e 30 (4,2%) auxiliares de enfermagem. Oito funcionários (1%) não responderam esta questão.

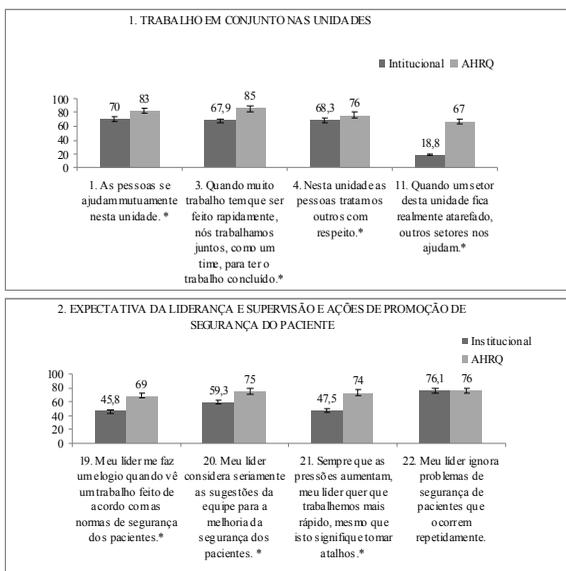
A maior parte dos respondentes (709; 97%) trabalhavam entre 40 e 59 horas na instituição, conforme tabela 1. Ainda, quanto ao tempo de trabalho na instituição, a maior parte (400 profissionais, 55%) trabalhava de 1 a 5 anos, 99 (15%) menos de 1 ano, 148 (20%) entre 6 e 10 anos, 65 (8,9%) entre 11 e 15 anos e 15 funcionários (2,1%) mais de 15 anos.

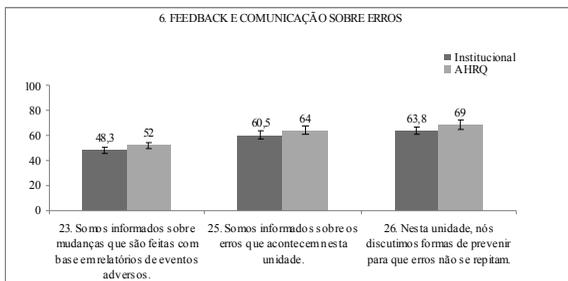
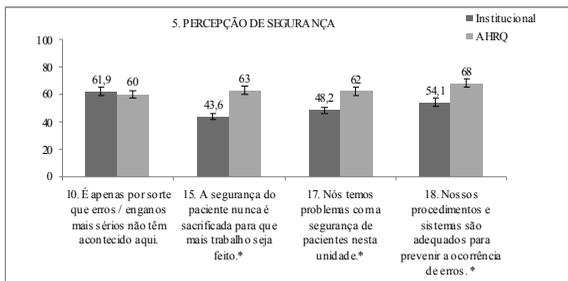
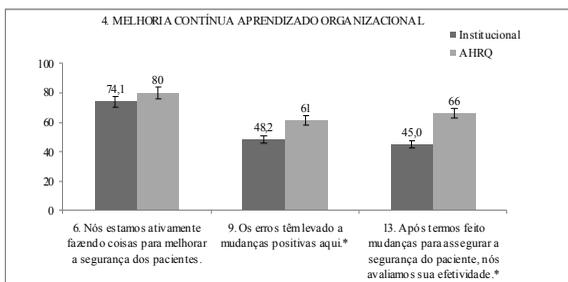
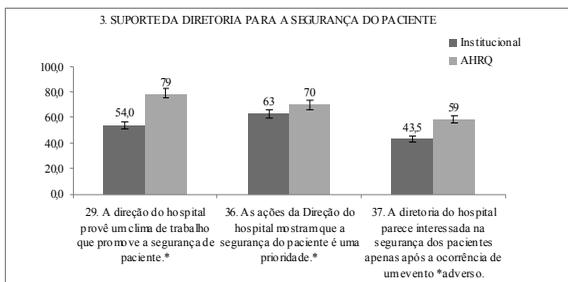
Carga horária	n	%
Menos de 20 horas por semana	14	2,0
20 a 30 horas por semana	169	23,8
40 a 59 horas	480	67,7
60 a 79 horas	28	3,9
80 a 99 horas por semana	10	1,4
100 horas ou mais	8	1,1
Total	709	100,0

Tabela 1. Carga horária usual.

Como resultado, obteve-se no item “11. Quando um setor desta unidade fica realmente atarefado, outros setores nos ajudam.”, relativo ao Grupo “1. Trabalho em conjunto dentro da unidade” a diferença mais significativa entre os itens. Enquanto que na nossa instituição o resultado foi de 18,8% de respostas positivas, o AHRQ apresentou um resultado de 67%, o que, considerando uma variação de 5% nos resultados, representou um distanciamento de 43,91% entre os dados analisados.

Demais resultados nos gráficos a seguir, onde “**” significa diferença estatística entre os grupos:





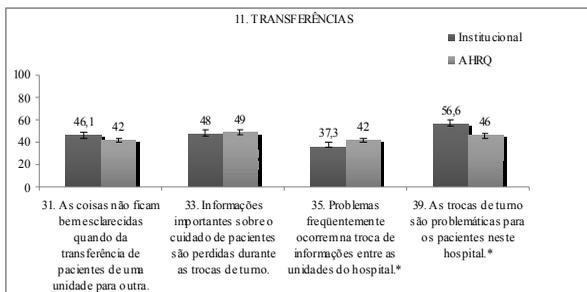
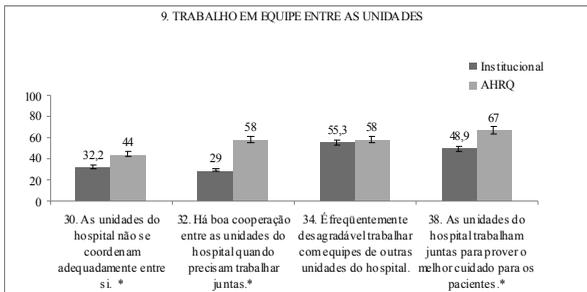
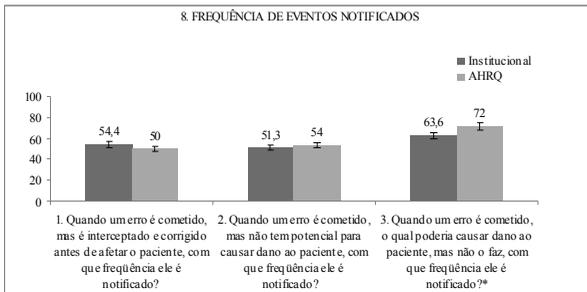
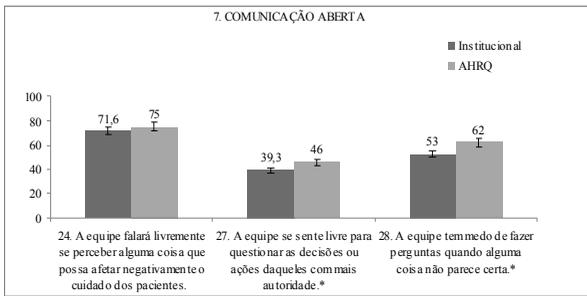


Tabela 2. Comparação entre os grupos considerando uma taxa de variação de 5%.

GRUPO	INSTITUCIONAL	AHRQ	DIFERENÇA*
	%	%	%
8. Frequência de eventos notificados	56,43	58,67	-3,52
11. Transferências	47,00	44,75	-2,34
6. Feedback e comunicação sobre erros	57,53	61,67	-1,83
7. Comunicação aberta	54,63	61,00	0,59
5. Percepção de segurança	51,95	63,25	5,54
12. Respostas não punitivas aos erros	32,13	42,67	6,79
4. Melhoria contínua aprendizado organizacional	55,77	69,00	6,99
3. Suporte da diretoria para a segurança do paciente	53,50	69,33	9,69
2. Expectativa das lideranças e supervisão e ações de promoção de segurança do paciente	57,18	73,50	9,79
9. Trabalho em equipe entre as unidades	41,35	56,75	10,50
10. Equipe	38,00	54,50	11,88
1. Trabalho em conjunto dentro da unidade	56,25	77,75	14,80

Grau de Segurança - Paciente	n	%
Excelente	64	8,8
Muito boa	299	41,3
Aceitável	303	41,9
Ruim ou muito ruim	58	8,0
Total	724	100,0

CONCLUSÕES

A maior parte dos respondentes tem contato intenso com o paciente o que qualifica a análise da percepção de segurança.

Na comparação com o grupo de hospitais americanos de mesmo perfil demográfico identificaram-se alguns aspectos da cultura de segurança institucional podem ser aprimorados.

Na análise dos Grupos, a partir da média dos valores de seus itens, considerando uma taxa de 5% de variação entre os percentis institucionais, obteve resultados indicando que, aqueles relativos à Frequência de Eventos Notificados, Transferências e Feedback e Comunicação sobre Erros (Grupos 8, 11 e 6) foram os que apresentaram maior superposição entre as instituições, portanto maiores semelhanças. Por outro lado, os Grupos referentes à Trabalho em Conjunto dentro da Unidade, Equipe e Trabalho em Equipe entre as Unidades (grupos 1, 10, 9) foram os que apresentaram maior distanciamento entre a percepção do grupo AHRQ e do grupo institucional.

Os dados nos mostram, portanto, que há oportunidade de melhora da cultura de segurança na nossa instituição, desenvolvendo ações específicas para atender aqueles domínios de pior desempenho. Demonstra-se, também, que pode ser um valioso instrumento de acompanhamento de uma cultura de segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine Report. Washington DC: National Academies Press; 1999.
2. Joint Commission International disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/International-Essentials-for-Quality-and-Patient-Safety>. Acessado em 15 fevereiro 2009.
3. Pronovost P e col. Measurement of Quality and Assurance of Safety in the Critically Ill. Clinics in Chest Medicine. March 2009 (Vol. 30, Issue 1, Pages 169-179).
4. Patient Safety Culture Surveys Agency for Healthcare Research and Quality, disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture>. Acessado em 20 de fevereiro 2009.

TO0237 - A SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL EM INÍCIO DE ATIVIDADE – RELATO DA EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE CONTROLE DE RISCOS

Autor: ANA CRISTINA ROSSETTI; Co-autores: CHRISTIANE NICOLETTI; SERGIO MARTUCHI; KARINA DE SOUZA

Resumo:

Ações voltadas para a segurança do paciente são fundamentais nos serviços de saúde atualmente. O Hospital Municipal M. Boi Mirim - Dr. Moysés Deutsch implantou um sistema de notificação de eventos adversos desde o início das suas atividades. Nos primeiros oito meses de funcionamento do hospital foram notificados 423 eventos, sendo 288 (69%) eventos adversos, 74 (18%) eventos adversos potencialmente graves e 56 (13%) eventos adversos graves. A participação da alta direção do Hospital, a cultura da não punição e a realização e a realização e eventos de difusão do conhecimento sobre eventos adversos foram fundamentais para a participação dos colaboradores nas ações dirigidas à segurança do paciente.

Palavras-chave: segurança do paciente, gerenciamento de riscos, eventos adversos em serviços de saúde.

Introdução

A gestão de riscos hospitalares vem ganhando cada vez mais espaço nas instituições de saúde tendo em vista que há dados informando sobre a alta incidência, assim como a possibilidade de prevenção dos eventos adversos ocorridos em serviços de saúde. Em 1999, o Institute of Medicine dos Estados Unidos, publicou uma estimativa de que por ano nos Estados Unidos haja de 44.000 a 98.000 mortes por erros nas instituições de saúde. Estes dados, aliados à mudança de cultura organizacional no sentido de compreender o processo assistencial e seus riscos, e da não culpabilidade pelos erros identificados, vem fazendo cada vez mais instituições terem ações voltadas para a segurança do paciente. O Hospital Municipal M Boi Mirim – Dr. Moysés Deusch (HMMD) foi inaugurado em 08 de abril de 2008, iniciando suas atividades no dia posterior. A preocupação com a segurança do paciente foi foco em todas as etapas de planejamento da abertura deste hospital. A experiência da implantação de um programa de gerenciamento de riscos voltados à segurança do paciente em um hospital em início de atividade é o objetivo deste trabalho.

Objetivo

O objetivo deste artigo é descrever a implantação e resultados iniciais de um programa de vigilância e controle de riscos à segurança do paciente em ambiente hospitalar.

Métodos

Na abertura do HMMD (abril de 2008) foi implantada a primeira etapa do programa de vigilância de riscos direcionada a segurança do paciente. Essa etapa consistiu da disponibilização de uma ficha padrão para notificação dos eventos adversos (anexo 1) e a sensibilização do corpo assistencial do Hospital durante o treinamento de admissão. Nessa fase foi assegurado ao corpo assistencial o caráter não punitivo e o foco na revisão de processos a cada notificação realizada.

A segunda etapa consistiu de elaborar uma agenda de reuniões mensais com o corpo assistencial e alta direção do Hospital com o objetivo de discutir os eventos classificados como graves investigados e manejo das notificações através da classificação quanto a gravidade e elaboração de banco de dados. A elaboração do banco de dados foi feita em Excel com as seguintes variáveis: data da notificação, data do evento, tipo de evento (evento adverso grave (EAG): definido como todo evento inesperado que resultou em dano físico ou moral grave aos clientes internos e externos, antecipando o óbito, provocando perda de órgão ou função ou levando ao dano moral irreversível; evento adverso potencialmente grave (EAPG): definido como evento inesperado que poderia ter resultado em dano físico ou moral grave aos clientes internos e externos, antecipando o óbito, provocando perda de órgão ou função ou levando ao dano moral irreversível se não fosse detectado antes de ocorrer; evento adverso (EA): definido como qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente ou sujeito da investigação clínica e que não tem necessariamente relação causal com o tratamento), local de ocorrência do evento, descrição do evento, classificação geral, classificação específica, plano de ação, acompanhamento da implantação das medidas estabelecidas nos planos de ação.



PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

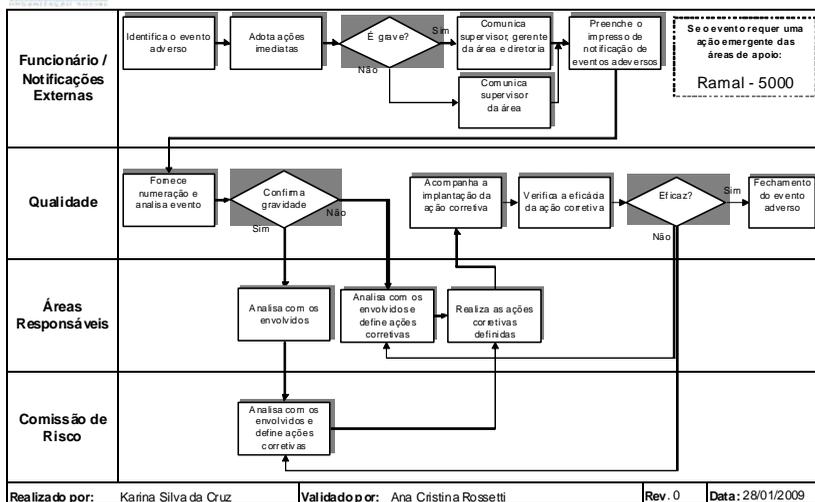


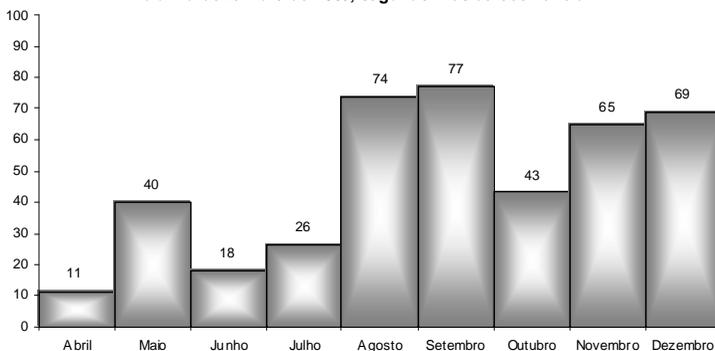
Figura 1: Fluxo do Evento Adverso notificado do HMMD

A terceira etapa foi a formação de uma comissão de riscos que tem a função de auxiliar a investigação e elaboração de análises do banco de dados. A comissão de riscos conta com a presença de representantes da equipe de enfermagem, serviço médico, serviço de controle de infecção hospitalar, serviço de segurança do trabalho e serviço de qualidade. Todos EAG e alguns EPAG selecionados pela Comissão de Risco são analisados em conjunto com os colaboradores envolvidos diretamente no evento, por meio de reuniões, para identificação das causas e definição do plano de ação. O método de investigação dos EAG é através da análise de causa raiz e as reuniões são realizadas o mais próximo possível da ocorrência do evento com a finalidade de obter informações mais precisas e de por em prática o quanto antes o plano de ação. Os eventos adversos classificados como EA, são agrupados e a definição do plano de ação é realizada diretamente pelas equipes onde estes ocorreram. Mensalmente ocorre uma apresentação para todos os colaboradores e Diretoria do HMMD com o número de eventos adversos do mês anterior, suas classificações e, ao menos dois EAG são apresentados de forma integral, incluindo o plano de ação. Nesta reunião, todos os colaboradores opinam e sugerem melhorias no plano de ação apresentado. É uma oportunidade da alta direção do HMMD reforçar a intenção de que os eventos adversos sejam discutidos e não ocultados. Após 4 meses da inauguração do HMMD, o programa de vigilância e controle de riscos estava totalmente implantado. Assim, optou-se pela divulgação do programa aos colaboradores de forma a sensibilizar a todos, quando foi criada e realizada a 1ª Semana de Segurança do Paciente, que teve a participação de colaboradores voluntários de hospital e convidados externos.

Resultados

Durante o ano de 2008, até dezembro, foram notificados 423 eventos adversos no HMMD (gráfico 1).

Gráfico 1: Número de Eventos Adversos notificados no HMMD de abril a dezembro de 2008, segundo mês de ocorrência.



Os eventos mais frequentes foram os eventos adversos (69%), seguidos dos eventos adversos potencialmente graves (18%) e dos eventos adversos graves (13%) (gráfico 2).

Gráfico 2: Classificação dos eventos adversos notificados no HMMD de abril a dezembro de 2008, quanto a gravidade.

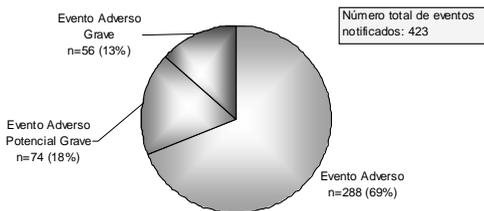
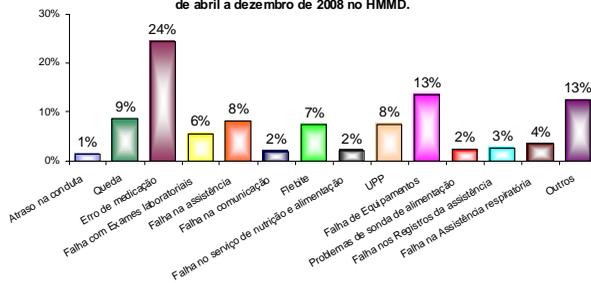


Gráfico 3: Tipos de eventos adversos segundo classificação geral ocorridos de abril a dezembro de 2008 no HMMD.



Os erros de medicação foram os eventos mais notificados, seguidos de falha em equipamentos e úlcera por pressão, falha na assistência, etc (gráfico 3).

UPP: úlcera por pressão.

Os eventos adversos graves notificados ocorreram principalmente por falha de equipamentos (n=23 - 41%), seguidos de outros (n=18 - 32%), atraso na conduta (n=6 - 11%), morte inesperada ou inexplicável (n=3 - 5%), queda e erro de medicação (n=2 - 4%, cada) e suicídio (n=1 - 2%) (gráfico 4).

Gráfico 4: Tipos de eventos adversos graves notificados no HMMD de abril à dezembro de 2008.



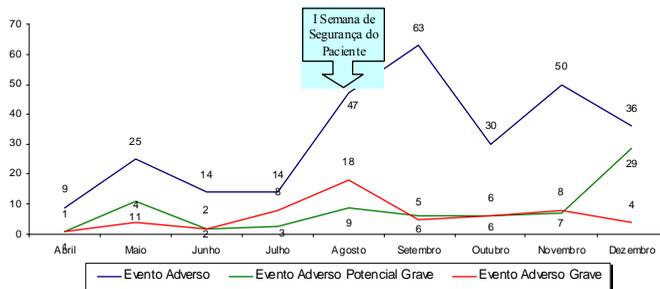
As notificações de eventos adversos graves ocorridos por falha de equipamentos se concentraram nos meses e julho e agosto, conforme mostra a tabela 1.

Mês	Número de notificações de EAG por falha de equipamentos
Abril	0
Maio	1
Junho	0
Julho	7
Agosto	11
Setembro	2
Outubro	1
Novembro	1
Dezembro	0
Total	23

Tabela 1. Número de eventos adversos graves ocorridos por falha de equipamentos segundo mês de ocorrência no HMMD de abril a dezembro de 2008.

As notificações de eventos adversos apresentaram variações na ocorrência, sendo menor nos primeiros quatro meses de funcionamento e tiveram elevação após a realização da I Semana de Segurança do Paciente, realizada em agosto de 2008 (gráfico 5).

Gráfico 5: Número de notificações de eventos adversos, segundo tipo e mês de ocorrência no HMMD, de abril a dezembro de 2008.



Conclusões

Os eventos adversos são ocorrências frequentes em hospitais, principalmente naqueles que tem ações voltadas para a notificação e para a cultura da não culpabilidade como é o caso do HMMD.

Os eventos associados à cirurgia e erros de medicação são apontados como os eventos adversos mais encontrados em instituições de saúde. No HMMD os erros de medicação também foram os eventos mais notificados de modo que provavelmente há consistência nas notificações realizadas e na percepção do risco pelos colaboradores da instituição.

Os eventos adversos graves relacionados a falha em equipamentos, via de regra, não são encontrados tão frequentemente quanto foram no HMMD. O fato de o Hospital estar iniciando suas atividades e de contar com um parque de equipamentos não adaptado às demandas da instituição podem ter sido a razão de tantas notificações. Houve grandes adaptações do parque de bombas e infusão e de aparelhos de ventilação mecânica após as notificações. Com isso, as notificações caíram expressivamente.

As ações de estímulo às notificações devem ser implementadas nas instituições como uma ferramenta que traz aumento no nível de conhecimento do tema pelos colaboradores e conseqüentemente eleva a vigilância para os eventos adversos. No HMMD observamos que após a realização da I Semana de Segurança do Paciente o número de notificações cresceu muito. Outra ferramenta que tem se mostrado útil na participação dos colaboradores na vigilância e notificação dos eventos é a efetiva participação da alta direção do hospital nas reuniões mensais de discussão dos eventos adversos graves.

A experiência do HMMD indica que a ocorrência de eventos adversos deve ser encarada como uma oportunidade e aprimoramento dos processos assistenciais em um ambiente de não culpabilidade. Além disso, o envolvimento da alta direção da instituição, além de eventos que estimulem a notificação dos eventos pelos colaboradores, são fundamentais para as ações de vigilância e prevenção dos eventos adversos em serviços de saúde.

Referências Bibliográficas:

- Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, Editors, Committee on Data Standards for Patient Safety. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academy Press EUA, 2004.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170: 1678-86.
- Bhasale AL, Miller GC, Reid SE, Britt HC. Analysing potential harm in Australian general practice: an incident monitoring study. *Med J Aust* 1998;169:73-6.
- Brennan TA, Hebert L, Lair NM, Lawthers AG, Thorpe KE, Leape LL et al. Hospital characteristics associated with adverse events and standard care. *JAMA* 1991; 265: 3265-9.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377-84
- Mendes W et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. *Rev. Bras. epidemiol*; 8(4):393-406, dez. 2005.
- Schioler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Beck KB, Stockmarr A et al. Danish Adverse Event Study, Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger* 2002; 164: 4377-9

Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38: 261-71.

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Br Med J* 2001; 322: 517.

Vincent C, Taylor Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P, Tizzard A. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ* 2000;320:777-81

Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000;320:774-7.

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-71.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra; 2005.

TO0238 - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Autor: SUZANA ALTIKES HAZZAN; Co-autores: MARGARETE ZONZINI MÁXIMO DE CARVALHO; LUCILENA VIEIRA DA VEIGA; REGINA DIAS DE BARROS

1. INTRODUÇÃO

As infecções do trato respiratório inferior pelo VSR (vírus sincicial respiratório) constitui uma das patologias mais freqüentes e graves no primeiro ano de vida, principalmente em crianças menores de seis semanas de idade, em recém-nascidos pré-termo, naqueles portadores de displasia pulmonar (D.B.P.), cardiopatia congênita grave e imunodeficiência. São consideradas uma das causas mais importantes de mortalidade nesta faixa etária, além de serem mais comuns durante o outono e o inverno (meses de Abril à Agosto) com conseqüente aumento do número de internações hospitalares por insuficiência respiratória e desenvolvimento de quadro asmático.

O medicamento Palivizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado específico contra o VSR (vírus sincicial respiratório) indicado para prevenção de doença respiratória grave causada por este vírus.

A posologia preconizada é de 15 mg/kg /dose intra-muscular e apresentação do frasco-ampola de 100 mg. Após reconstituição com 1 ml de água destilada, a estabilidade da solução é de apenas seis horas. Cada frasco-ampola é suficiente para 6, 7 kg de peso corpóreo.

As indicações precisas do emprego do Palivizumabe na prevenção da infecção do trato respiratório inferior pelo VSR são aquelas recomendadas pela Academia Americana de Pediatria e que seguem abaixo:

- Profilaxia de crianças até dois anos de idade, com D.B.P. e que tenham necessitado de oxigênio suplementar ou terapêutica com esteróide, broncodilatador ou diurético nos últimos seis meses que antecederam a estação do VSR.
- Nas crianças prematuras nascidas com idade gestacional menor que vinte e oito semanas e que tenham até um ano de idade no início da estação do VSR.
- Nas crianças prematuras nascidas com idade gestacional entre vinte e nove e trinta e duas semanas e que tenham até seis meses de idade no início da estação do VSR.

· Devem ser consideradas aquelas crianças nascidas com idade gestacional entre trinta e duas e trinta e cinco semanas sem D.B.P. e que tenham até seis meses de idade até a estação do vírus.

O Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros tem o perfil de atendimento de gestantes de alto risco, com conseqüente aumento dos índices de parto prematuro. Este medicamento tem um papel relevante na prevenção desta doença respiratória grave.

O valor financeiro desse medicamento é considerável, tendo em vista que ele representou no ano de 2007 um custo aproximado de 24% no valor total do estoque do Serviço de Farmácia do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. O Serviço de Farmácia em conjunto com a equipe multiprofissional e apoiado pelo Diretor Técnico de Departamento optou por desenvolver um método para assegurar a cobertura para todos os casos preconizados, além de garantir todas as doses necessárias.

2.OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi de fortalecer a assistência farmacêutica junto à equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e farmacêuticos e auxiliares técnicos de saúde), através da aquisição, armazenamento e o controle centralizado das doses administradas do medicamento aos RNs, possibilitando a mais ampla cobertura desse anticorpo monoclonal evitando o desperdício do mesmo.

3.METODOLOGIA

Foi elaborada uma planilha no excel, alimentada com os dados fornecidos pela equipe médica, que selecionava os RNs de acordo com o peso, idade gestacional e diagnóstico (recomendado ou altamente recomendado para profilaxia para VSR), dose e volume administrado. Organizou-se um cadastro individual para cada paciente pelo qual se controlava as doses administradas e a data de retorno para as doses subsequentes com a finalidade de otimizar a utilização do frasco.

A administração era realizada pela enfermagem em dias pré-estabelecidos (quinzenalmente), a fim de otimizar a ampola a ser utilizada, pois uma vez aberta a ampola deve ser totalmente utilizada ou desprezada a sobra.

Paralelamente, o Serviço Social convocava os pais dos RNs com diagnóstico com recomendação para profilaxia para VSR, para aconselhamento e orientação para a obtenção do medicamento junto à Secretaria da Saúde, visto que outras doses seriam necessárias após a alta desses pacientes.

4.DESENVOLVIMENTO

O Serviço de Farmácia adquiriu 40 frascos do medicamento e recebeu 82 frascos através dos pais dos RNs que conseguiram junto a Secretaria de Estado da Saúde. A quantidade total recebida pelo Serviço de Farmácia foi de 122 frascos.

O total de RNs que receberam a profilaxia de palivizumabe foi de 66, dentre os quais: 19 receberam uma dose, 19 duas doses, 12 três doses, 3 quatro doses, 6 cinco doses, 4 seis doses e 3 sete doses.

5.CONCLUSÃO

Esta ação possibilitou a cobertura mais ampla desta profilaxia, indo além da dose inicial do medicamento no berçário, evitando desperdício do medicamento, graças à atuação da equipe multiprofissional que se mostrou coesa.

T00240 - MONITORAMENTO DAS ÓRTESES NOS PACIENTES INTERNADOS: ABORDAGEM DO SERVIÇO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA DO PACIENTE

Autor: MARIA TERESA AUGUSTO IOSHIMOTO; Co-autores: MARIA CHRISTINA MENDES DE ALMEIDA FLEURY; EVELYN FRANCO FONSECA; SHIRLEY HOLANDA DE ALBUQUERQUE

Palavras-chave: órteses, terapia da mão, terapeutas ocupacionais, equipe multiprofissional, gestão da qualidade, segurança do paciente, continuidade da assistência.

Resumo:

Introdução: Terapeutas Ocupacionais confeccionam órteses na internação para prevenir deformidades. Falhas de monitoramento se constituem em risco para o abandono ou ocorrência de úlceras por pressão. Justificativa: Existência de um processo de risco que necessitava atender aos padrões de qualidade e segurança do paciente. Métodos: Redefinição do fluxo de confecção, monitoramento e treinamento da equipe multiprofissional. Resultados: Em 2008 foram confeccionadas 114 órteses. O fluxo foi aprovado e disponibilizado na instituição. Treinados 302 profissionais. Não houve relatos de desuso ou úlcera de pressão. Conclusões: Padrões de qualidade auxiliaram a melhorar este processo garantindo a continuidade da assistência de qualidade.

Introdução

O Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) funciona sob os princípios da gestão da qualidade e com padrões da Joint Commission International.

Terapia Ocupacional: "a profissão refere-se ao uso de atividades definidas ou de intervenções para promover a saúde e obter resultados funcionais, tendo como meta a maioria dos campos de cuidado da saúde. As avaliações são definidas pelo uso da observação e avaliação especializada através da administração e interpretação de testes padronizados ou não" (Am. Occup. Therapy Association, 1994).

Os terapeutas ocupacionais com especialização em Terapia da Mão estão capacitados para confeccionar órteses de forma individualizada, sob medida, com objetivo de fornecer resultados funcionais no desenvolvimento e recuperação da capacidade de desempenhar as atividades de autocuidado, as atividades produtivas (da vida pessoal e profissional) e as atividades de lazer.

As órteses são dispositivos externos aplicados a um segmento corporal, que oferecem suporte às articulações, ossos e tecidos moles, proporcionando o melhor alinhamento possível com a posição funcional adequada, e também auxilia e/ou melhora as funções remanescentes (Melvin, 1982). Pacientes internados de todas as faixas etárias, portadores de seqüelas neurológicas ou reumáticas, pacientes queimados ou pacientes

ortopédicos tem indicação médica de utilização de órteses feitas sob medida com os objetivos anteriormente citados, como um elemento coadjuvante à terapêutica clínico-cirúrgica, com vistas à recuperação máxima possível da funcionalidade.

O trabalho foi realizado com os pacientes internos do HIAE, no ano de 2008, por meio da avaliação das terapeutas ocupacionais especialista em Terapia da Mão, confecção das órteses sob medida, monitoramento nos dias subsequentes à confecção e treinamento institucional da equipe multiprofissional.

Justificativa

Devido ao abandono das órteses, por parte dos pacientes e desconhecimento da equipe, as Terapeutas de Mão realizaram um trabalho envolvendo desde a confecção das órteses, seu monitoramento, continuidade da assistência e treinamento da equipe multiprofissional. O abandono ou a má utilização da órtese se constitui em desperdício de recursos e ameaça à continuidade do tratamento e aos objetivos traçados pela equipe multiprofissional.

O fluxo que contempla a indicação, confecção, utilização e monitoramento do uso de órteses por pacientes internados necessita funcionar dentro dos princípios de Qualidade, a fim de garantir a continuidade da assistência e segurança do paciente.

Este trabalho levou em consideração as diretrizes do Serviço de Terapia Ocupacional e fluxograma do processo, aplicando os mesmos princípios que norteiam o Sistema Einstein da Qualidade, publicados pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América do Norte (IOM: Assistência Focada no Paciente, Eficiência, Efetividade e Segurança do Paciente).

Metodologia

Foi feito um levantamento dos dados de produção de órteses pelas terapeutas de mão referente ao ano de 2008, identificando o número de órteses confeccionadas correlacionadas com as diversas patologias.

Paralelamente, foi realizado um treinamento institucional, pelos terapeutas ocupacionais, para a equipe multiprofissional, através do TRSA (Treinamento em Saúde), com objetivo de apresentar o uso das órteses como recurso, o material utilizado para confecção das mesmas, os modelos existentes e o fluxograma de encaminhamento e monitoramento.

Obtivemos os indicadores envolvidos na aplicação do uso de órteses para membros superiores, orientamos acompanhantes e técnicos através de treinamentos, verificamos os resultados obtidos a fim de propor novas ações corretivas.

Inicialmente foram identificados os problemas relativos à sequelas em membros superiores, que evoluem, causando deformidades, odores, lesões de pele, edema, dificuldade para higiene e, planejado um fluxograma de prescrição médica, avaliação do terapeuta de mão, confecção da órtese. Em seguida, foi aplicado protocolo de avaliação para confecção de órtese em material termoplástico de baixa temperatura, orientações aos pacientes, cuidadores e equipe multiprofissional sobre os cuidados de higiene, manutenção, horário de uso e verificação das causas de má adaptação, através de treinamentos e impressos. Posteriormente, foi estabelecida rotina de acompanhamento por 3 dias consecutivos, o que possibilitou o levantamento de riscos da ação.

No HIAE, a confecção das órteses de membro superior no Serviço de Terapia Ocupacional se dá a partir de uma prescrição médica, após identificação da necessidade por qualquer membro da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros). Ao ser acionado, o terapeuta ocupacional entrega o termo de ciência ao paciente /responsável informando sobre o serviço a ser prestado. Após a autorização, é aplicado um protocolo de avaliação para confecção, posteriormente, são dadas as orientações referentes ao horário de uso, forma de higiene e manutenção, por meio de demonstração e entrega de um impresso escrito, que deverá conter duas cópias (ficando uma anexada em prontuário e a outra fixada no quarto do paciente).

O monitoramento é realizado pelos terapeutas ocupacionais, por meio de visitas nos 3 dias subsequentes à confecção para verificar a adequação e possíveis ajustes, sem custo adicional. Após estes 3 dias, a equipe/paciente/responsáveis passa a monitorar o uso da órtese conforme indicado na orientação. Caso hajam pontos de pressão ou qualquer outra inadequação no uso ou colocação da órtese, a equipe deverá entrar em contato imediato com o Serviço de Terapia Ocupacional que tomará as providências necessárias.

Resultados

Das 114 órteses confeccionadas, 86 necessitaram de algum tipo de ajuste.

Foram confeccionadas 77 para pacientes neurológicos, 25 para pacientes ortopédicos e 12 para outros tipos de diagnóstico. Alguns pacientes necessitaram de mais de uma órtese.

Foram treinados 302 profissionais da instituição, na seguinte proporção: 56% da equipe de enfermagem, 38% da fisioterapia, 0,3% da Terapia Ocupacional e 3% para outras equipes.

Na avaliação de satisfação, houve o registro de 98% de Excelente e Bom para os itens: conteúdo, instrutor; participação e expectativas e recursos.

Conclusão

A Terapia da Mão pode colaborar nos contextos assistenciais e institucionais, seguindo os princípios da qualidade, estruturando o fluxo de confecção de órteses de maneira sistematizada, propondo ações de melhoria, envolvendo todos os membros da equipe multiprofissional e garantindo um processo educativo entre todos os envolvidos (pacientes/responsáveis/equipe) na continuidade da assistência de qualidade.

T00242 - A UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE GESTÃO DA CADEIA DE SUPRIMENTOS E DESEMPENHO OPERACIONAL EM HOSPITAIS BRASILEIROS

Autor: ALINE CASSI YUKIMITSU; Co-autor: FABIO PATRUS MUNDIM PENA

Palavras-chave: Gestão da Cadeia de Suprimentos, Práticas de Gestão da Cadeia de Suprimentos, Hospital, Desempenho Operacional.

Introdução

As firmas estão cada vez mais alertas à interdependência existente entre seus processos operacionais internos e seus fornecedores e clientes. A gestão desta interdependência pode ser denominada Gestão da Cadeia de Suprimentos – GCS (RUNGTUSANATHAM et al., 2003).

A Gestão da Cadeia de Suprimentos, para Cooper et al. (1997), é a integração dos processos chave do negócio do usuário final até os fornecedores de produtos, serviços e informação que adicionam valor aos clientes e a outras partes interessadas. Basicamente, a cadeia de suprimentos é o contexto no qual bens, serviços e informação fluem do primeiro fornecedor até o usuário final (BALTACIOGLU et al., 2007).

Para Li et al. (2005), a finalidade da GCS é criar processos de fornecimento, produção e entrega e funções logísticas ao longo da cadeia de suprimentos para ser uma ferramenta que confere competitividade à organização individual e à cadeia como um todo.

Os poucos estudos encontrados relacionados a GCS no setor hospitalar abordam temas como: relação entre gestão de operações hospitalares, satisfação dos colaboradores, satisfação do cliente e vantagem competitiva (ZANARDO, 2004), gestão de compras em hospitais e as ineficiências no processo (OKAZAKI, 2006) e organização do setor de abastecimento de materiais médico-hospitalares em hospitais públicos (INFANTE E SANTOS, 2007), no Brasil e práticas de gestão de estoques em hospitais (BEIER, 1995), critérios do Prêmio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige (MEYER e COLLIER, 2001), efeitos de localização, estratégia e tecnologia no desempenho do hospital (GOLDSTEIN et al., 2002), sistemas de integração da cadeia de suprimentos em hospitais (RIVARD-ROYER et al., 2002), relacionamento entre hospitais e médicos na compra de órteses, próteses e materiais especiais (MONTGOMERY e SCHNELLER, 2007) e modelo conceitual ideal da cadeia de suprimentos para o sistema hospitalar de Singapura (KUMAR et al., 2008).

Justificativa

O setor hospitalar, objeto de nosso estudo, é notadamente de fundamental importância à população pela prestação de serviços de atenção à saúde, além de sua relevância econômica. No Brasil, 20 milhões de pacientes internos são admitidos ao ano e os gastos hospitalares representam 3,5% de seu Produto Interno Bruto (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2008; IBGE, 2008). O setor também caracteriza-se por diversas particularidades que são resultado de uma complexa interação entre um grande número de poderosas partes interessadas que têm objetivos divergentes (SINGH et al., 2006).

Neste contexto, considera-se que esta pesquisa pode ser relevante tanto para o setor hospitalar quanto para a área de Gestão de Operações. As questões que a orientam são: 1) Quais as práticas de Gestão da Cadeia de Suprimentos adotadas por hospitais brasileiros? e 2) Há uma relação entre estas práticas e o desempenho operacional destes hospitais?

Métodos

Neste estudo, serão consideradas quatro das cinco dimensões utilizadas por Li et al. (2006) para representar o conceito multidimensional práticas de GCS. Optou-se por não utilizar a dimensão *postponement*, pois na pesquisa original esta dimensão mostrou-se fraca como indicador de práticas de GCS. Os autores justificam este achado afirmando que a implantação da prática de *postponement* está condicionada às características do setor e ao tipo de produto/ serviço oferecido e, portanto, não é aplicável a todas as situações, como é o caso de hospitais que, por serem prestadores de serviços, já postergam ao máximo grande parte de seus processos e atividades até o ponto de uso, que é quando o serviço é prestado.

Acredita-se que, como verificado nos estudos apresentados no Quadro 1 (TAN, LYMAN e WISNER, 2002; KIM, 2006; LI et al., 2006; ZHOU e BENTON JR., 2007; SEZEN, 2008), a adoção de práticas de GCS em hospitais possa contribuir para a melhora do desempenho operacional. Conforme declarado nas seções 3.2 e 3.3 desta pesquisa, serão utilizadas as escalas para práticas de gestão da cadeia de suprimentos e desempenho operacional desenvolvidas, testadas e aplicadas por Li et al. (2006).

Assumiu-se que a GCS tem como abrangência o relacionamento da firma focal, no caso os hospitais, com seus clientes e fornecedores (LAMBERT, GARCÍA-DASTUGUE e CROXTON, 2008). Ou seja, em sua cadeia direta que segundo Mentzer et al. (2001) é composta pela empresa, pelo fornecedor e pelo cliente.

As definições de cada uma das dimensões de Práticas de GCS e de Desempenho Operacional de acordo com Li et al. (2006), que serão adotadas nesta pesquisa são apresentadas a seguir.

Parceria estratégica com o fornecedor (*Strategic supplier partnership*): Relação de longo prazo entre a organização e seus fornecedores. Objetiva aumentar as capacidades operacionais e estratégicas de cada organização participante a fim de ajudá-las a alcançar constantes benefícios.

Relacionamento com o cliente (*Customer relationship*): Toda a gama de práticas utilizadas para gerenciar as reclamações dos clientes, construir relacionamento de longo prazo com eles e melhorar sua satisfação.

Compartilhamento de informação (*Level of information sharing*): A extensão em que informação crítica e de propriedade é comunicada a parceiros da cadeia.

Qualidade da informação (*Level of information quality*): Refere-se à precisão, prontidão, adequação e credibilidade da informação compartilhada.

Custo (*Price/Cost*): Refere-se à capacidade da organização de apresentar e manter custos baixos em relação a seus concorrentes (no caso da pesquisa, que hospitais semelhantes).

Qualidade (*Quality*): Capacidade da organização para oferecer produtos/ serviços de qualidade que geram mais valor ao cliente.

Entrega (*Delivery dependability*): Capacidade da organização de oferecer no tempo adequado o tipo e volume de produto/ serviço solicitado pelo cliente.

Inovação (*Product innovation*): Capacidade da organização de introduzir novos produtos/ serviços e atributos no mercado.

Tempo (*Time to market*): Capacidade da organização de introduzir novos produtos/ serviços mais rápido que seus concorrentes (no caso da pesquisa, que hospitais semelhantes).

O instrumento de pesquisa utilizado foi elaborado com base no questionário aplicado por Li et al. (2006) para as práticas de GCS e desempenho operacional, chamado pelos autores de vantagem competitiva.

O questionário, uma vez concluído o pré-teste, foi estruturado em duas seções. A primeira tem como objetivo identificar as características do hospital, quanto ao tipo, natureza, tamanho, atendimento ao SUS e localidade e do respondente, quanto à área e função que ocupa no hospital. A segunda seção é composta pela escalas para práticas de GCS, considerando as dimensões citadas. Para esta seção, foi utilizada uma escala tipo Likert de 5 pontos, sendo que os extremos 1=discordo totalmente e 5=concordo totalmente, conforme estudo de Li et al. (2006), além da opção N=não consigo avaliar.

Resultados

Considerando o baixo número de respondentes (n=29) e conseqüentemente a impossibilidade de verificar estatisticamente as relações entre as dimensões de práticas de GCS e desempenho operacional por meio da análise fatorial (HAIR et al., 2005; PEDHAZUR e SCHMELKIN, 1991), os dados coletados foram analisados e discutidos por meio da análise das frequências das respostas por grau de concordância para os itens das dimensões Práticas de GCS e Desempenho Operacional; valor médio das respostas obtidas para os itens das dimensões de práticas de GCS e desempenho operacional, segundo características do hospital e correlação entre as respostas obtidas para os itens da dimensão desempenho operacional e as respostas para os itens de práticas de GCS.

Em oposição ao que afirma Baltacıoglu et al. (2007), os dados mostram que a maior parte dos hospitais participantes desta pesquisa concordam com as afirmações relacionadas às práticas de GCS, o que indicaria que estas práticas são adotadas nestes hospitais.

No entanto, ao avaliar cada uma das dimensões isoladamente, notamos que há grande variação no número de respostas dentro da mesma prática, o que pode indicar falta de uma política consistente na gestão daquela prática. Por exemplo, como foi visto na prática de parceria estratégica com o fornecedor, a maior parte das práticas está restrita aos processos transacionais com o fornecedor, com menor envolvimento do mesmo nas decisões de planejamento e melhoria dos processos.

Segundo Tan et al. (2002), uma gestão consistente da cadeia de suprimentos requer um forte comprometimento de todos os membros da cadeia e cita como exemplo o envolvimento de fornecedores no desenho de processos estratégicos, como o desenvolvimento de novos produtos e processos de tomada de decisão. Esses processos podem encontrar dificuldade ainda maior na área da saúde em função da característica da autonomia do médico em relação à oferta de serviços, dificultando a padronização, precificação e ações de parceria com os fornecedores. Um exemplo, é o relacionamento direto existente entre os médicos e os fornecedores de materiais de alto custo (MONTGOMERY e SCHNELLER, 2007).

Outro resultado que sugere que a gestão da cadeia ainda não é vista como estratégica é evidenciado pelas respostas relacionadas com as práticas de gestão da informação, em que tanto o compartilhamento da informação quanto a qualidade da mesma tiveram resultados comparativamente menores. Essa afirmação pressupõe o entendimento da informação como aspecto chave para a gestão da cadeia de suprimentos na medida em que o compartilhamento efetivo da informação possibilita melhor planejamento da cadeia, flexibilidade na prestação de serviços e melhor qualidade da entrega (ZHOU e BENTON JR., 2007).

Esse resultado em relação à gestão da informação pode ter diferentes razões. Pode ter origem na própria cultura, advindo do entendimento de que o compartilhamento da informação implica em perda de poder (ZHOU e BENTON JR., 2007) ou na dificuldade de obter informações, em função de complexidade e das características do setor da saúde.

Conclusão

Conforme apresentado, muitos são os benefícios que a Gestão da Cadeia de Suprimentos pode trazer para os hospitais como: a melhora no compartilhamento de informação, a coordenação entre as firmas, sinergia, redução no lead-time, redução nos níveis de estoque, diminuição dos custos, melhora nos processos, melhora na satisfação dos clientes (SEZEN, 2008).

Há indícios de que as práticas de gestão da cadeia de suprimentos são adotadas pela maior parte dos hospitais que responderam à pesquisa.

Os hospitais parecem apresentar um melhor desempenho operacional à Qualidade, Inovação e Entrega. Uma parcela considerável dos respondentes não sabia responder quando perguntados sobre o Custo de seu hospital em relação a hospitais semelhantes, indicando pouco desenvolvimento do setor neste aspecto, o que condiz com a realidade do setor, pois muitos hospitais desconhecem a sua estrutura de custo e muitos ainda estão implantando seus sistemas de custos.

Logo, é possível inferir que apesar de muitas atividades relacionadas à GCS sejam adotadas pelos hospitais que compõem a amostra, ainda não há uma decisão deliberada pela sua implantação o que pode fazer com que os esforços isolados e concentrados em algumas práticas não apresentem resultados positivos relevantes e consistentes no desempenho operacional.

Resumo

Este estudo tem como objetivo identificar a adoção de Práticas de Gestão da Cadeia de Suprimentos por hospitais brasileiros e o Desempenho Operacional destes hospitais.

Para tanto, um questionário foi enviado a gestores de suprimentos em hospitais de todo território brasileiro e, com base nos dados coletados, inferências foram feitas.

Os respondentes, em sua maioria, concordam que as práticas de gestão da cadeia de suprimentos são adotadas pelos hospitais, tendo maior destaque para Parceria Estratégica com o Fornecedor e Relacionamento com o Cliente. Há, também, indícios de que os hospitais tenham um melhor desempenho operacional quanto à Qualidade, Inovação e Entrega.

A aplicação de práticas de gestão da cadeia de suprimentos em hospitais pode oferecer expressivas oportunidades de aperfeiçoamento dos processos e de melhor utilização dos recursos para a prestação dos serviços de saúde.

TO0244 - OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Autor: LUCIANA REIS CARPANEZ CORRÊA

PALAVRAS-CHAVE: hospitais; hospitais de pequeno porte; segurança do paciente; avaliação em saúde; programa nacional de avaliação de serviços de saúde.

RESUMO

Os hospitais de pequeno porte (HPP) formam a maior parte dos hospitais brasileiros. O objetivo deste trabalho é avaliar a segurança do paciente nos HPP do Sistema Único de Saúde. A metodologia utilizada foi avaliação do cumprimento de alguns padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde relacionados à segurança do paciente por parte destes HPP. Os resultados apontam que, apesar de constituírem a maioria dos hospitais do país, os HPP pouco acrescem ao número de leitos e que estes hospitais não são seguros para os pacientes neles atendidos, podendo gerar riscos.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde determina que “Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais (OMS, 1978).” A Organização Pan-Americana de Saúde estabeleceu, em 2000 as onze funções essenciais de saúde pública, sendo que a nona é “garantia da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos”. Desta maneira, os governos devem manter programas de qualidade voltados aos serviços de saúde.

O setor hospitalar brasileiro é muito importante no sistema de saúde como um todo. Os hospitais brasileiros são classificados por porte, segundo o número de leitos, como pequenos (1 a 49 leitos), médios (50 a 149), grandes (150 a 499) e especiais (acima de 500 leitos). Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são a maioria no país (Ugá e López, 2007). Por outro lado, apesar de representarem a maioria numérica, estes serviços correspondem a apenas 18% dos leitos hospitalares (Ugá e López, 2007).

Além de formarem a maior parte dos hospitais brasileiros, resultados do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, estudo do próprio Ministério da Saúde, evidenciaram que, quanto menor o porte hospitalar, menor é o cumprimento à legislação sanitária brasileira e, conseqüentemente, menor a qualidade da atenção prestada (Brasil, 2007). Não pode haver qualidade da atenção sem segurança para o paciente.

JUSTIFICATIVA

Ugá e Lopez publicaram em 2007 um estudo em que avaliavam os hospitais de pequeno porte no Brasil. Os hospitais de até cinquenta leitos representavam então 62% das unidades hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro. 78% dos HPP realizavam internações para o SUS. Os 4.705 hospitais de pequeno porte se distribuíam em 2.943 municípios brasileiros, sendo a maior parte (83%) localizada em municípios classificados como de interior e de até 30.000 habitantes. Quanto à natureza jurídica, 57% dos HPP são privados, embora a maior parte receba financiamento somente do Sistema Único de Saúde (Ugá e López, 2007).

Os mesmos achados são descritos por La Forgia e Couttolenc (2008), analisando dados de 2006. Mais de 60% dos hospitais brasileiros apresentam menos de 50 leitos e a média de leitos por hospital é de 64. Os hospitais sob gestão municipal são os menores, com uma média de 36 leitos, em contraposição aos maiores, sob gestão federal, com uma média de 118 leitos. Desde a década de 1970 o número de hospitais brasileiros vem aumentando, mas principalmente por conta de hospitais de pequeno porte. Entre 1976 e 2002 o setor público inaugurou 1.620 hospitais, mas acrescentou somente 27.000 leitos ao sistema, em uma média de 17 leitos por hospital.

A literatura do Reino Unido produziu evidências de que hospitais gerais otimizam seus custos, ganhando economia de escala, quando apresentam entre 100 e 200 leitos (Posnett, 1999). La Forgia e Couttolenc (2008) também evidenciam que a eficiência hospitalar tem relação direta ao porte. Em relação à taxa média de ocupação, estes autores ainda afirmam que os hospitais brasileiros apresentam, em média, 37% de taxa de ocupação, sendo que esta taxa é ainda mais baixa nos hospitais de pequeno porte.

Em relação à saúde financeira dos HPP, La Forgia e Couttolenc (2008) afirmam que estes seguem um curso de endividamento progressivo, por apresentarem custos maiores que suas receitas. Isto decorre do fato da maior parte dos hospitais de pequeno porte ser financiada pelo SUS, que não remunera bem atividades e procedimentos de baixa complexidade, realizadas pelos HPP. Os autores evidenciam que os HPPs recebem, em média, somente 25% do custo de cada procedimento de baixa complexidade.

Em relação à natureza jurídica, importa ressaltar que muitos dos hospitais de pequeno porte são privados sem fins lucrativos. Em estudo publicado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (Portela et al., 2002) a respeito dos hospitais filantrópicos no Brasil, observa-se que o setor filantrópico está situado fundamentalmente em municípios pequenos e de interior. Dos hospitais filantrópicos, 76,8% dos hospitais apresentavam menos de 100 leitos (43,5%, menos de 50 leitos). Em termos de complexidade assistencial, 44,9% eram hospitais de clínicas básicas, sem leitos de terapia intensiva. Estes achados se repetem nos estudos posteriores (Ugá e Lopez, 2007 e La Forgia e Couttolenc, 2008).

Segundo a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (Leal e Morgado, 2008), há no Brasil 2.100 hospitais filantrópicos que atendem a cerca de 40% das internações do SUS. Segundo a mesma fonte, 56% dessas instituições são os únicos hospitais existentes em municípios no interior. O mesmo estudo demonstra que muitas dessas instituições atravessam dificuldades financeiras, inclusive de realização de investimentos, pelo fato, dentre outros, de muitas destas serem pequenos hospitais e de sua gestão poder ser considerada pouco profissionalizada.

MÉTODOS

O presente estudo utilizou-se de dados de dois bancos de dados secundários, sob gestão do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datusus), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação do PNISS (SIPNISS). Os dados foram cedidos pelo Ministério da Saúde. O CNES foi utilizado para que se realizasse a identificação dos serviços de saúde hospitalares existentes no país, bem como sua distribuição regional, por Unidade Federativa e por número de leitos. Já o SIPNISS foi utilizado para que se procedesse à análise das respostas aos padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNISS.

O PNISS é um programa elaborado pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2004 e 2006, que avaliou 3.815 hospitais do Sistema Único de Saúde em relação à risco, qualidade e segurança, por meio de um Roteiro de Padrões de Conformidade. Os padrões escolhidos para este trabalho podem ser observados no Quadro 01, com os respectivos Blocos e Critérios a que pertencem.

BLOCO	CRITÉRIO	PADRÃO
GESTÃO ORGANIZACIONAL	Liderança e Organização	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.
	Gestão da Informação	14. Assegura a guarda de prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em locais de fácil acesso.
APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	Gerenciamento de Risco	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.
	Gerenciamento de Risco	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.
	Gestão da Infra-estrutura Física	33. Realiza manutenção predial corretiva.
	Gestão de Equipamentos	38. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.
GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	Atenção Imediata – Urgência / Emergência	79. A unidade possui infra-estrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato. 80. A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral.
	Atenção Materno-Infantil	109. Todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação, inclusive na realização do parto.
		110. Todos os partos são realizados em local com infra-estrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinado à atenção da parturiente e do recém-nascido.

Quadro 01: Padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade escolhidos para avaliar

Fonte: Sistema de Informação do PNAS – Ministério da Saúde, outubro/2006

Os padrões foram escolhidos a partir de características comuns a todos e, também, por características particulares de cada um. Em comum, a escolha dos padrões seguiu a diretriz de somente eleger padrões contemplados na legislação sanitária vigente. Ou seja, os hospitais de pequeno porte devem, por norma legal, cumprir estes padrões. A escolha dos padrões relacionados à atenção imediata – urgência/emergência e materno-infantil se deve ao fato da literatura afirmar que a existência dos hospitais de pequeno porte se justifica para a realização destas ações em localidades remotas (Posnett, 1999; McCallion, 1999; McKee e Healy, 2002 e Ahgren, 2008). A escolha dos padrões relacionados à Gestão Organizacional (existência de responsável para resolução de adversidades e guarda adequada de prontuários) ocorreu pelo pressuposto de que estes padrões podem minimamente caracterizar a organização da gestão da unidade. Os padrões relacionados à gestão da infra-estrutura física e de equipamentos foram escolhidos por dizerem respeito a todas as unidades hospitalares e também para avaliar as condições de funcionamento do serviço. Os padrões que tratam de Controle de Infecção Hospitalar e Central de Material e Esterilização foram escolhidos por conta das diretrizes da Aliança Global para Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde, em especial, do desafio “Clean Care is safe Care”, que trata das infecções em serviços de saúde (OMS, 2008).

RESULTADOS

O Brasil possui 7.749 hospitais, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de setembro de 2007. Deste, 6.129 são hospitais que recebem algum tipo de financiamento do SUS e 3.815 foram avaliados pelo PNAS. A Região que apresenta o maior número de hospitais é a Nordeste com 2.520 hospitais (32,52%), seguida pelas Regiões Sudeste com 2.515 hospitais (32,46%), Sul com 1.212 hospitais (15,64%), Centro-Oeste com 865 hospitais (11,16%) e Norte com 637 hospitais (8,22%). A Região Nordeste possui o maior número de hospitais SUS, com 2.196 unidades (35,83%), seguida pelas Regiões Sudeste com 1.726 unidades (28,16%), Sul com 1.037 hospitais (16,92%), Centro-Oeste com 657 hospitais (10,72%) e Norte com 513 unidades (8,37%). A Região com o maior número de hospitais SUS avaliados pelo PNAS é a Nordeste, com 1.307 hospitais (34,26% do total de hospitais SUS da região), seguida pelas Regiões Sudeste com 1.052 unidades (27,58%), Sul com 662 (17,35%), Centro-Oeste com 555 (14,55%) e Norte com 239 hospitais (6,26%).

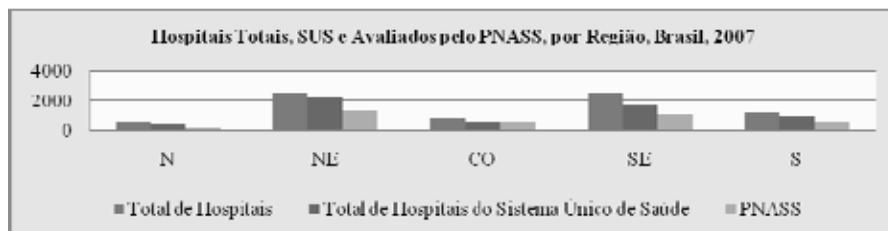
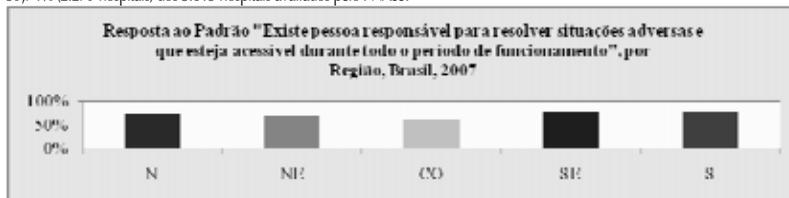


Gráfico 01: Número de Hospitais Totais, Hospitais do Sistema Único de Saúde e Hospitais do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS, por Região (n = 7.749, 6.129 e 3.815)

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

Os HPP correspondem a 61,27% (4.748 hospitais) dos 7.749 hospitais existentes no Brasil, 58,18% (3.566 hospitais) dos 6.129 hospitais SUS e 59,74% (2.279 hospitais) dos 3.815 hospitais avaliados pelo PNASS.



O Gráfico 02 mostra a porcentagem de cumprimento, pelos HPP SUS avaliados pelo PNASS, ao Padrão número 02 do Roteiro de Padrões de Conformidade, por Região. Observa-se que a Região com a maior proporção de cumprimento a este padrão é a Região Sul (77,08%), seguida pelas Regiões Sudeste (77,05%), Norte (72,61%), Nordeste (69,84%) e Centro-Oeste (60,22%).

Gráfico 02: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão de Número 02 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

Quanto ao Padrão número 14 do Roteiro, a região que apresentou maior proporção de hospitais que cumpriram seus requisitos foi a Sul (90,67%), seguida pelas Regiões Sudeste (83,10%), Norte (81,53%), Nordeste (76,07%) e Centro-Oeste (71,09%), conforme observado no Gráfico 03.

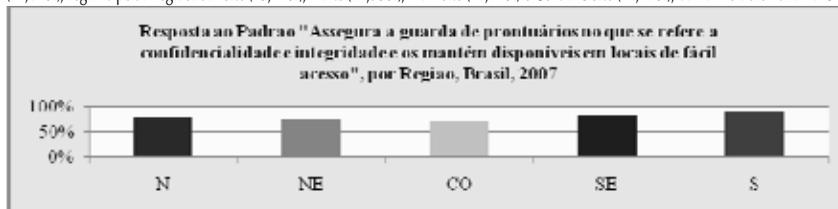


Gráfico 03: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 14 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 04 mostra a proporção de cumprimento ao Padrão 25 do Roteiro, por Região. A Região Sul é a que apresenta a maior proporção de HPP SUS que o cumprem (52,74%), seguida pelas Regiões Sudeste (42,17%), Centro-Oeste (31,96%), Norte (27,39%) e Nordeste (25,21%).

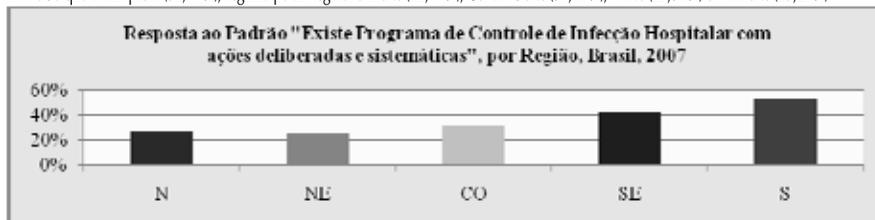


Gráfico 04: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 25 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 05 evidencia a proporção de HPP SUS avaliados que cumpriram o padrão número 26. A Região com a maior proporção de hospitais que atendem a este padrão, do mesmo modo que aos anteriores, é a Região Sul (63,69%), seguida pelas Regiões Sudeste (53,91%), Nordeste (42,09%), Centro-Oeste (41,30%) e Norte (38,22%).

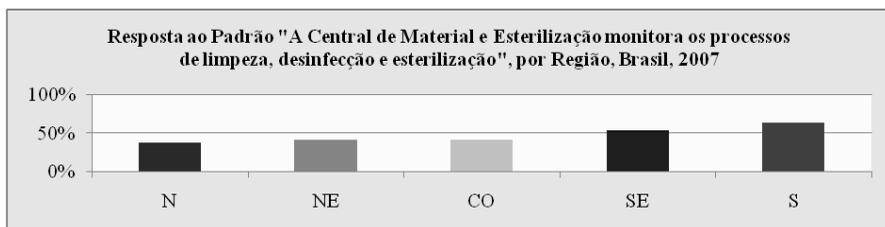


Gráfico 05: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 26 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 06 mostra o grau de atendimento ao Padrão 30, por Região. A Região com o melhor grau de cumprimento pelos HPP SUS é a Região Sul (66,94%), seguida pelas Regiões Sudeste (61,92%), Centro-Oeste (46,52%), Norte (44,59%) e Nordeste (43,67%).

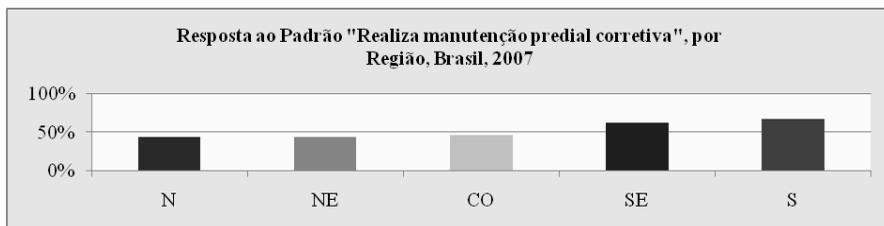


Gráfico 06: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e Avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão de Número 33 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 07 mostra o cumprimento do padrão 38. Observa-se que, mais uma vez, a Região Sul apresenta melhor cumprimento a este padrão (60,85%), seguida pelas Regiões Sudeste (55,34%), Centro-Oeste (40,22%), Nordeste (32,49%) e Norte (27,39%).

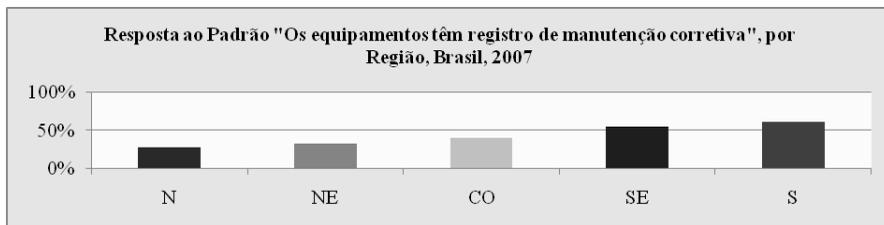
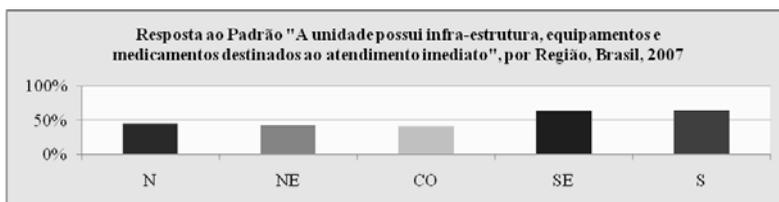


Gráfico 07: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 38 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

No Gráfico 08 observa-se o grau de atendimento ao padrão de número 79, do Critério de Atenção Imediata – Urgência/Emergência, A Região com a maior proporção de cumprimento deste padrão foi a Região Sul (65,31%), seguida pelas Regiões Sudeste (63,35%), Norte (45,22%), Nordeste (42,41%) e Centro-Oeste (41,74%). Gráfico 08: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 79 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.050)



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

No Gráfico 09 observa-se o grau de cumprimento dos HPP SUS avaliados do padrão 80. A Região com a maior proporção de cumprimento foi a Região Sudeste (30,07%), seguida pelas Regiões Norte (27,39%), Sul (23,94%), Nordeste (23,42%) e Centro-Oeste (20,22%).

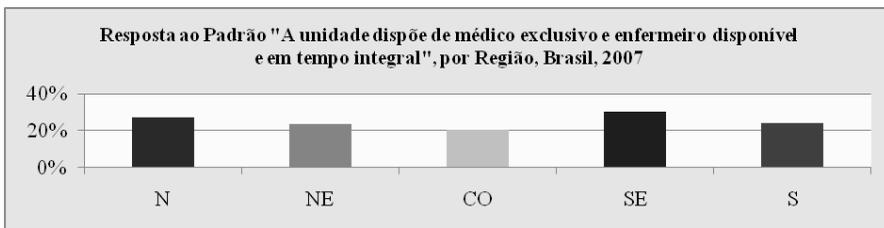


Gráfico 09: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 80 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.050)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

No Gráfico 10 observa-se o grau de atendimento ao padrão número 109, do Critério de Atenção Materno-infantil. A Região com a maior proporção de cumprimento a este padrão foi a Região Sul (76,27%), seguida pelas Regiões Centro-Oeste (70,00%), Sudeste (62,10%), Nordeste (60,13%) e Norte (54,14%).

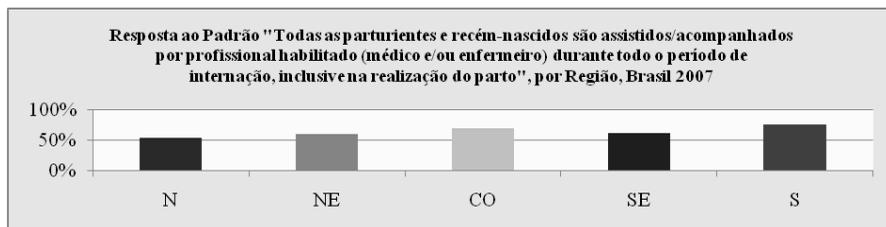


Gráfico 10: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 109 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.199)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

No Gráfico 11 observa-se o grau de cumprimento ao padrão 110, do Critério de Materno-infantil. A Região com a maior proporção de cumprimento foi a Região Sul (75,25%), seguida pelas Regiões Centro-Oeste (64,78%), Sudeste (63,17%), Norte (57,96%) e Nordeste (54,54%).

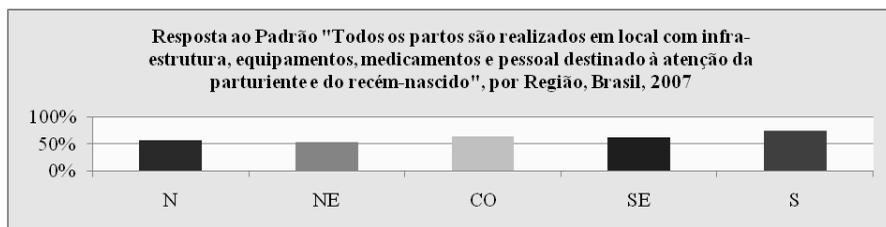


Gráfico 11: Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 110 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.199)

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SIPNASS), Brasil, setembro de 2007

CONCLUSÕES

Com base nos resultados da pesquisa, conclui-se que a maior parte dos hospitais de pequeno porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS apresenta riscos à população atendida. Isto pode ser verificado por meio da baixa adequação destas unidades a determinados padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS. Um quinto dos hospitais avaliados não garante a guarda de prontuários, um quarto não possui condições adequadas de realização de partos de baixo risco e um terço não apresenta condições adequadas de atendimento às urgências.

Mas talvez o quesito que ocasione maior risco aos pacientes atendidos nestes hospitais seja o relacionado ao controle de infecção. Dois terços dos hospitais avaliados não asseguram o controle de infecção nem o manejo correto de seus materiais no que se refere à limpeza, desinfecção e esterilização.

Por fim, conclui-se que, por meio do estudo de determinados padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNISS, os hospitais de pequeno porte avaliados não são seguros para os pacientes neles atendidos, o que demanda medidas urgentes de todos os atores envolvidos neste cenário.

T00249 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E PROPOSTAS PARA APRIMORAMENTO DE CENTRO PRÉ-OPERATÓRIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Autor: ALINE FERNANDA PEDRAZZI; Co-autores: FERNANDO AUGUSTO MENDES CEMBRANELLI; DENISE SCHOUT

Palavras-chave: serviço de avaliação pré-operatória, avaliação pré-anestésica, fluxo de pacientes cirúrgicos, hospitais de ensino.

RESUMO

Toda prática anestésica deve ser precedida de uma avaliação médica antes da internação hospitalar. Para isso é necessário que os hospitais disponham de um serviço pré-operatório bem organizado. Porém nos hospitais de ensino há um maior desafio no processo de centralização e padronização dos fluxos assistenciais. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar o serviço de avaliação pré-anestésica de um hospital de ensino, onde há dois serviços distintos para realizar a avaliação do paciente pré-cirúrgico. Foram encontradas confluências entre os processos de ambos e com base nisso foram apresentadas propostas de aprimoramento incluindo a criação de um Centro Pré-Operatório Multidisciplinar.

INTRODUÇÃO

A avaliação pré-anestésica é uma prática recomendada pelo Conselho Federal de Medicina [1] que determina aos médicos anestesiológicos conhecerem as condições clínicas do paciente previamente à realização de qualquer anestesia, em consulta médica antes da internação hospitalar, com exceção de procedimentos de urgência.

Contudo, para viabilizar a implantação dessas recomendações é necessário que os hospitais disponham de um serviço de avaliação pré-operatória bem organizado. O processo deverá ser resolutivo e eficiente de forma que o fluxo do paciente não seja comprometido e tenha agilidade, especialmente em hospitais de alta complexidade.

Em hospitais de ensino o fluxo do paciente que será submetido a procedimentos cirúrgicos eletivos, deve estar o mais padronizado possível, uma vez que a mudança freqüente dos residentes e alunos nas diversas clínicas pode ser dificultada pelo desconhecimento das etapas essenciais para a segurança dos pacientes.

Vale ressaltar que vários estudos demonstram que a implantação da avaliação pré-operatória em nível ambulatorial reduz custos [2,4], diminui a taxa de suspensão de cirurgias e reduz a média de permanência. [4]

Assim, o presente trabalho buscou estudar os serviços de consulta pré-anestésica da Disciplina de Anestesiologia e o de pré-operatório da Disciplina de Clínica Médica de um hospital universitário, a fim de entender as características dos serviços, verificar possíveis confluências e analisar a viabilidade da unificação destes em um serviço multidisciplinar de Avaliação Pré-Operatória.

JUSTIFICATIVA

Em um hospital de ensino e pesquisa, considerando-se a rotatividade de profissionais em formação é fundamental a existência e a disseminação de rotinas claras e bem definidas, a fim de garantir padronização nas condutas. Entretanto a cultura institucional dos hospitais de ensino costuma apresentar diversidade nas rotinas e avaliações pré-operatórias, o que enseja maior desafio no processo de centralização e padronização dos fluxos assistenciais.

Assim, a importância deste trabalho está em avaliar o atual fluxo das avaliações pré-operatórias e pré-anestésicas e sugerir a unificação desses serviços para que se estabeleça um fluxo único a ser disseminado e seguido por toda a instituição.

MÉTODOS

Para conhecer os processos nos ambulatórios da anestesiologia e da clínica médica geral, bem como o fluxo que o paciente cirúrgico percorre desde a indicação da cirurgia pelo especialista da área cirúrgica até a realização da avaliação pré-operatória, foram entrevistados gestores dos dois serviços e analisados dados de produção fornecidos pela Divisão de Arquivo Médico da Instituição.

RESULTADOS

Diagnóstico da situação atual

Os cirurgiões ao elegerem os pacientes para cirurgia pedem os exames necessários e os encaminham para a avaliação pré-operatória por meio do serviço de anestesia e/ou serviço de clínica médica de acordo com a sua avaliação quanto às condições clínicas do paciente.

A instituição adaptou protocolo próprio de acordo com as recomendações de escala de risco anestésico preconizado pela classificação da American Society of Anesthesiology (ASA). Os dois serviços possuem sistemáticas de agendamento diferentes e não interrelacionadas, assim caso o paciente necessite de avaliação nos dois serviços, o que costuma ser freqüente, pode enfrentar até duas "filas", além da dificuldade de agendamento para a realização dos exames necessários para subsidiar as avaliações.

No atual fluxo, pacientes encaminhados para ambos os serviços podem passar primeiro pelo ambulatório de anestesiologia, devido a menor fila para agendamento, e não serem liberados para cirurgia por necessitar da avaliação pela clínica médica. Com isso, alguns destes pacientes necessitam retornar à avaliação pré-anestésica após passarem pela clínica, para serem finalmente liberados para a cirurgia.

Em relação à capacidade de atendimento, no ambulatório de anestesiologia, a capacidade máxima atual é de 1200 atendimentos/ mês, com dois anestesiológicos no período da manhã e três no período da tarde. Porém a média de 2007 foi de 635 avaliações/mês (53% da capacidade total).

Já na clínica médica, o serviço de pré-operatório tem capacidade para 600 atendimentos por mês e apresentou em 2007, uma média de 422 (70,3%) atendimentos/ mês.

Em 2007 foram realizadas 23.992 cirurgias não-ambulatoriais e 7.293 cirurgias ambulatoriais o que representou 22.475 pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos entre as cirurgias não ambulatoriais. Porém, no mesmo ano, foram realizadas apenas 7.616 avaliações pré-operatórias no ambulatório de anestesiologia (33,9% do número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos), e no ambulatório de pré-operatório da Clínica Geral, foram realizadas, no mesmo ano, 5.065 avaliações (22,5%), considerando apenas as não-ambulatoriais que certamente têm a presença do profissional anestesiologista.

Contribui para essa diferença que pelo perfil quaternário do hospital e do seu importante papel na resolubilidade de casos mais complexos, deve ter a capacidade de atender a demanda o que é muito difícil. Assim, adotam-se rotinas como a de internar pacientes sem avaliação pré-anestésica e essa é realizada com o paciente internado caso haja vaga para a realização da cirurgia. Isso se deve ao fato de que há muitos cancelamentos de cirurgias por ausência do paciente devido ao elevado tempo desde a marcação até o dia da realização do procedimento cirúrgico.

Deve-se considerar também que há um número de pacientes que realizam as avaliações em outros serviços como em médicos particulares, ou em outras unidades hospitalares da rede SUS.

Também é comum haver pouca adesão dos cirurgiões ao serviço ambulatorial de pré-operatório [2] e o que ocorre que quando não encaminham os pacientes para avaliação em nível ambulatorial, esses são avaliados em regime de internação e podem ser constatadas más condições clínicas do paciente que leva a uma taxa de cancelamento de cirurgia significativa que poderia ter sido evitada, bem como aumentam os custos tratando o paciente internado ao invés do acompanhamento ambulatorial que poderia ter sido feito.

Assim, com base no atual fluxo, identificou-se duplicação de processos, por exemplo, quando o paciente necessita passar pelo serviço de anestesiologia, pode ser encaminhado para a clínica médica e depois retorna para finalizar avaliação pré-anestésica; o que resulta em maior custo, já que esse poderia ser atendido uma única vez no serviço de anestesiologia se passasse primeiramente pela clínica.

Isso também faz com que o paciente espere mais tempo nas filas para agendamento e na fila de espera, além de ter que comparecer mais vezes ao hospital para ser atendido em dias diferentes.

Outro fato a ser considerado é em relação à solicitação de exames pré-operatórios, quem deveria solicitar e com base em quê, cuja dinâmica não é bem definida na instituição. Há estudos científicos, que demonstram que quando o anestesiologista solicita os exames pré-operatórios de acordo com os protocolos específicos, os custos com exames são reduzidos de forma significativa [2].

Propostas de readequações de processos para o Centro Pré-operatório

Com base nos resultados e discussão, sugerem-se algumas possibilidades de reestruturação do atual fluxo de pacientes com indicação para cirurgias e algumas propostas como oportunidades de melhorias.

Novo fluxo

O cirurgião ao eger o paciente para procedimento cirúrgico o encaminha para o centro pré-operatório (serviço unificado de avaliação pré-operatória que contempla a disciplina de anestesiologia e de clínica médica). O agendamento para a avaliação pré-operatória é realizado na própria secretaria da clínica cirúrgica correspondente, de acordo com as vagas destinadas a cada clínica no sistema de agendamento do centro pré-operatório.

O agendamento deve ser feito com base na data prevista de cirurgia, sendo que a avaliação pré-operatória deverá ocorrer cerca de um ou dois meses antes desta data.

Se no momento do agendamento não houver mais vagas disponíveis para determinada clínica, o paciente, portando a ficha de encaminhamento, realiza o agendamento na secretaria do novo serviço.

Com essa reestruturação elimina-se a duplicidade de filas para agendamento, já que o paciente será encaminhado para o centro pré-operatório e não mais para avaliação pelo ambulatório de anestesiologia ou pelo serviço de avaliação pré-operatória da clínica médica. Além de evitar que a avaliação seja realizada muito tempo antes da cirurgia o que contribui para redução de reavaliações.

Para evitar consultas desnecessárias e visando a otimização do tempo que o paciente fica no ambiente hospitalar, propõe-se a criação de um serviço de triagem, que teria como objetivo avaliar a condição clínica do paciente e decidir se este paciente passará somente na consulta pré-anestésica ou se passará antes, pela avaliação pré-operatória realizada pelo clínico geral.

O primeiro profissional sugerido para a realização do processo de triagem foi o anestesiologista, baseado com o que ocorre na Santa Casa de Porto Alegre [4]. No processo de triagem ele avaliaria e caso necessário, encaminharia para a avaliação pelo clínico e ao final o paciente passaria novamente com um anestesiologista para ser liberado para a cirurgia.

O segundo profissional sugerido seria um clínico geral, pois este detém grande conhecimento clínico e multidisciplinar, o que permitiria realizar uma avaliação integral do paciente.

O terceiro profissional seria um enfermeiro ou auxiliar de enfermagem supervisionado, que seria o responsável por encaminhar o paciente ao clínico geral ou ao anestesiologista com base na classificação ASA e do porte cirúrgico do paciente, que seriam obtidos após o preenchimento de questionários padronizados pelos profissionais da Clínica Médica e da Anestesiologia, permitindo um trabalho multidisciplinar. Todavia, tal profissional, necessitaria de uma supervisão ativa, além de capacitação adequada e contínua para garantir a efetividade do serviço de triagem.

Observou-se também a necessidade de ampliar o atendimento pelos profissionais do pré-operatório da clínica médica, que atendem durante as manhãs diariamente e às segundas-feiras à tarde, para todos os dias em período integral, como ocorre atualmente no serviço de avaliação pré-anestésica. Isso para possibilitar as interconsultas de pacientes, por exemplo, que foram encaminhados diretamente para o anestesiologista, mas este identifica necessidade de que o paciente seja avaliado pelo clínico, portanto estabeleceria um fluxo em paralelo, no mesmo dia.

Alocação de um pediatra

Outro ponto discutido durante as reuniões foi a necessidade de um profissional pediatra para as avaliações pré-operatórias das crianças, o que ainda não existe nesse hospital. Por exemplo, no mês de julho de 2008, mais de 10% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos tinham menos de 16 anos (cerca de 250 crianças).

A proposta inicial é a de que esse profissional fique inicialmente um período por semana e após dois a três meses, analisar o número de crianças que estão sendo encaminhadas para a avaliação pré-operatória, o tempo médio para atendimento pelo pediatra e calcular a capacidade atual de atendimento frente à demanda real, para verificar se há necessidade de ampliar horas de atendimento por esse profissional.

Pré e pós consulta

Atualmente há apenas a pré consulta de enfermagem. Sugere-se que se inicie o processo de pós-consulta de enfermagem, em sala própria para que a enfermeira oriente os pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos complexos, e aqueles identificados pelo médico como mais ansiosos ou com dificuldades de compreensão.

O ideal seria que todos os pacientes submetidos a um ato cirúrgico, recebessem essas orientações individualmente, porém dada a limitação atual da equipe de enfermagem, tal cenário não é possível.

Assim, para os pacientes que realizarão cirurgias menos complexas, ou submetidos previamente a outros procedimentos cirúrgicos, não muito ansiosos e que tenham maior capacidade de compreensão, bem como para seus familiares, sugere-se que sejam realizadas as orientações por meio de um vídeo educacional, a fim de otimizar o tempo dos profissionais e aumentar a efetividade das informações transmitidas aos pacientes acerca dos cuidados necessários antes de se realizar uma cirurgia.

Há estudos que demonstraram que informar os familiares por meio de folhetos educativos ou programas educacionais a respeito da indução anestésica também diminui a ansiedade desses e aumenta o grau de satisfação em relação aos cuidados anestésicos. [3]

Cotas no Centro Diagnóstico para pacientes do Centro Pré-operatório

Para contribuir ainda mais com a eficiência do serviço, sugere-se que haja uma cota diária no centro diagnóstico para os pacientes que estão sendo avaliados no centro pré-operatório para a realização de alguns exames.

Assim, quando os clínicos e anestesistas solicitarem exames complementares, há a possibilidade dos pacientes realizarem tais exames no mesmo dia. Isso beneficia o paciente que não necessita realizar o agendamento e retornar outro dia para a realização dos exames, bem como evita um segundo retorno ao centro pré-operatório, o que agiliza a decisão de liberação para a cirurgia e evita atrasos e suspensão de cirurgias por não condições clínicas do paciente.

Implementação das propostas

Desde a realização do diagnóstico e apresentação das propostas em setembro de 2008, os dois serviços de avaliação pré-operatória já adotaram algumas práticas e iniciaram parte dos atendimentos de forma integrada, buscando, gradualmente, montar o Centro Pré-Operatório multidisciplinar.

A proposta do agendamento único foi implantada de forma que os pacientes não necessitam enfrentar duas filas para serem atendidos nos dois serviços. O agendamento está sendo feito em um sistema de agendamento direto nas secretarias das clínicas cirúrgicas de acordo com o montante de vagas reservado para cada uma.

Hoje o anestesista é o primeiro profissional a avaliar o paciente e caso haja necessidade, o paciente é avaliado pelo clínico em interconsulta realizada no mesmo dia.

Em entrevista com os responsáveis pelos serviços, soube-se da intenção de implementar no sistema de agendamento um protocolo de triagem que classifica o paciente de acordo com o ASA e o porte cirúrgico o que direcionará a avaliação inicial para o anestesiológico ou para o clínico geral, e posteriormente avaliarão se será uma boa ferramenta para esse propósito.

Os próximos planos a serem colocados em prática é a alocação de um pediatra como proposto e também um cardiologista e pneumologista a fim de realizarem avaliações em interconsultas quando necessário.

Sugere-se um acompanhamento documentado de todas as etapas do processo de implementação das propostas, notificação das dificuldades encontradas e posterior avaliação dos impactos obtidos.

CONCLUSÕES

A proposta de unificação dos dois serviços de avaliação pré-operatória em um Centro Pré-Operatório Multidisciplinar beneficia os pacientes, os alunos e a Instituição.

Com o novo fluxo, os processos serão melhor delineados e mais ágeis, evitam-se os retrabalhos, duplicidade de filas para os pacientes e garante-se maior eficiência em etapas como agendamento e realização de exames. Além de tentar garantir maior segurança e confiança para os pacientes cirúrgicos e seus familiares com a pós consulta de enfermagem fornecendo informações.

Cria-se um espaço amplo de aprendizagem ao se possibilitar discussões de casos tanto com os médicos residentes da disciplina de anesthesiologia, os da clínica geral, os internos, enfermeiros e graduandos e pós-graduandos em enfermagem o que beneficia os alunos em formação.

A Instituição ao garantir melhor satisfação dos pacientes, melhora sua imagem institucional. Com a padronização de processos e criação de protocolos cumpre seu papel na área de pesquisa e educação e provavelmente terá redução de custos com a eliminação da duplicidade de processos e diminuição na taxa de cancelamento de cirurgias por más condições clínicas do paciente o que deverá ser investigado em pesquisas posteriores.

REFERÊNCIAS

1. Resolução Conselho Federal de Medicina Nº 1.802, 4 de Outubro de 2006; artigo 1. Acessado em 03 de Setembro de 2008. Disponível em:

<http://www.cremesp.com.br/siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=6634&tipo=RESOLUÇÃO&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1802&situacao=VIGENTE&data=04-10-2006&vide=sim>

2. BISINOTTO, FMB; JUNIOR, MP; ALVES, AAR; ANDRADE, MAPR. Implantação do serviço de avaliação pré-anestésica em Hospital Universitário: Dificuldades e resultados. Rev Bras Anesthesiol, 2007; 57: 2.

3. AGUIAR, AS; MÓDOLO, NSP; CASTIGLIA, YMM; BRUSCHI, BAM. Avaliação do atendimento anestésico da criança e do adolescente em um hospital universitário. Rev Bras Anesthesiol, 2005; 55: 4, 405-420.

4. MENDES, FF; MATHIAS, LAST; NETO, GFD; BIRCK, AR. Impacto da implantação de clínica de avaliação pré-operatória em indicadores de desempenho. Rev Bras Anestesiol, 2005; 55:2, 175-187.

T00250 - FICHA DE NOTIFICAÇÃO: FERRAMENTA PARA LEVANTAMENTO DE RISCOS E EVENTOS ADVERSOS

Autor: ELIANA BORTOLUSO MOURA; Co-autores: ANA PAULA ORSONI; LILIANE BAUER FELDMAN; VERA LUCIA DE SOUZA ALVES

Resumo

Os critérios da segurança premente na acreditação fizeram com que as instituições rompessem com o paradigma da vulnerabilidade e partissem para a prevenção. Justificativa: identificar os riscos e eventos adversos por meio da ficha de notificação, com a finalidade de estar em conformidade com o padrão de nível 1. Método: A pesquisa é descritiva, exploratória e quantitativa. Resultados e conclusões: 70% das notificações realizadas foram feitas pela equipe de Enfermagem, demonstrando que outras ações de conscientização precisam ser realizadas buscando reduzir a probabilidade de ocorrências e recorrências dos eventos adversos na instituição.

Palavras chave: Notificação, Gerenciamento de riscos, Segurança e Acreditação.

Introdução

Atualmente as instituições de saúde têm buscado incessantemente a melhoria dos seus processos, a excelência técnico-científica dos profissionais e a segurança do paciente no hospital, baseando-se na tríade de estrutura, processo e resultado de um sistema de avaliação organizacional estabelecido por Avedis Donabedian (1). No Brasil, algumas iniciativas e programas de melhoria da qualidade têm sido desenvolvidas tais como o programa de Acreditação Hospitalar desenvolvido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) (2), a Certificação pela International Organization for Standardization (ISO), Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), Joint Commission International (JCI) e o Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) (3), que tem sido considerados como uma forma de garantia da qualidade e segurança da assistência, além disso incrementam alguns padrões e normas; como exemplo, a obrigação ética e moral com seus clientes internos e externos e com o meio ambiente, a comunicação eficaz e interativa e a participação efetiva do cliente nas ações e procedimentos internos.

A implantação de programas de qualidade na área da saúde visa à melhoria contínua, excelência na prestação dos serviços, e a gestão de risco tem o foco na prevenção de danos e segurança institucional (4). A instituição estudada busca a acreditação nível 1 da Organização Nacional de Acreditação (ONA), que tem como princípio orientador a segurança. Para avaliar a qualidade da assistência das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, são utilizados instrumentos de avaliação específicos, segundo a especialidade e atividade fim da organização. Esses instrumentos são compostos de seção e subseção, onde a premissa é que as seções devem interagir entre si, ou seja, a instituição deve atender aos padrões de maneira sistêmica. Para cada padrão existem os itens de orientação para que a organização possa apresentar evidências de que cumpre determinado padrão (5). Para esse trabalho vamos abordar apenas o tópico e o item referente ao gerenciamento de risco do nível 1: Padrão - Identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança; Itens de orientação - Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais, e relacionados a responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

Para atender aos requisitos do gerenciamento de risco do nível 1, a instituição estudada passou por várias etapas, entre elas a notificação dos riscos; alvo dessa pesquisa.

A notificação de riscos é o momento em que o colaborador registra em impresso próprio e formal qualquer fator potencial de risco ou evento ocorrido na instituição.

Fatores Potenciais de Riscos são condições, situações, procedimentos, condutas identificadas que tem a probabilidade de causar danos a pessoas, ao meio ambiente e a organização. Eventos adversos são as ocorrências; é o fator de risco ocorrido, ou seja, pode ser uma complicação, incidente, problema na assistência ou falha profissional. Nessa pesquisa abordaremos especificamente a ficha notificação.

Justificativa

A ficha de notificação é um documento que tem por finalidade registrar os riscos e os eventos adversos ocorridos em determinado setor do hospital. Para que a notificação ocorra de maneira eficaz é necessário que todos os colaboradores tenham sido treinados sobre o assunto, para que se implante uma cultura de compartilhamento de responsabilidades e cooperação entre as áreas, com o intuito de identificar prováveis fatores de riscos e reduzir a probabilidade de ocorrências, gravidade e recorrências dos eventos adversos no hospital. Diante do exposto essa pesquisa teve como objetivo identificar os riscos e eventos adversos por meio da ferramenta ficha de notificação.

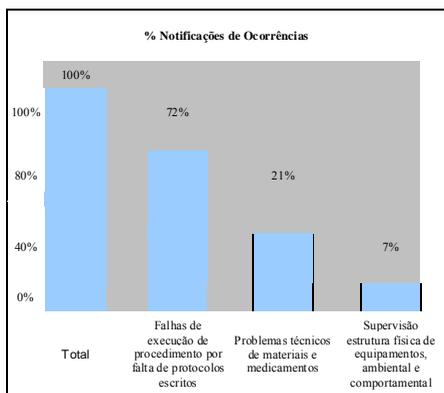
Método

A pesquisa é descritiva, exploratória e quantitativa, realizada em uma instituição pública, filantrópica da cidade de São Paulo. A população alvo foi constituída dos profissionais atuantes nas diversas áreas da instituição que preencheram a ficha de notificação. O instrumento de coleta de dados, citado como ficha, foi construído conforme as necessidades, a complexidade e o perfil da instituição, tomando-se um impresso formal. Foi elaborado no final de 2007 e aplicado no segundo semestre de 2008, após o treinamento de todos os colaboradores, para conhecer e facilitar o preenchimento. O consentimento informado foi dado pela instituição através da implantação do programa de acreditação e definido como meta institucional a ser alcançada, com o engajamento dos colaboradores. A divulgação dos resultados foi por meio de gráficos e tabelas, bem como feed-back aos envolvidos nas notificações.

Resultados

No gráfico 1, são apresentados a porcentagem de notificações ocorridas no segundo semestre de 2008.

Gráfico 1 – Notificações das ocorrências realizadas nos últimos seis meses de 2008. São Paulo, 2009.



Conforme verificamos no gráfico 1, 72% das notificações estão relacionadas às falhas na execução de procedimentos técnicos ou falta de procedimentos técnicos escritos (protocolos); 21% são referentes a fatores de risco em problemas técnicos de materiais e medicamentos e 07% estão relacionados à supervisão de estrutura física, equipamentos, ambiental e comportamental.

Das notificações realizadas, a maioria das notificações realizadas (70%) foi feita pela equipe de Enfermagem. Este fato demonstra que a Equipe de Enfermagem notificou mais do que os outros setores. Não podemos concluir se os outros setores não notificaram porque não tiveram não conformidades ou por falta de conhecimento da necessidade da notificação.

Desta 1ª hipótese de um risco não levantado, várias questões podem ser abordadas:

- O registro de não conformidades necessita de uma cultura nas quais os gestores entendam a importância da notificação como uma ferramenta de melhoria dos seus processos, e que conscientizem seus funcionários para essa prática;
- Uma não conformidade não é um instrumento utilizado para punições e sim para melhoria dos processos;
- O não conhecimento dos processos de trabalho pode levar a omissão no registro, e é de fundamental importância que os gestores conheçam seus processos e os outros processos interligados ao seu produto final;

Com relação aos registros realizados observou-se que em sua maioria são registros superficiais, faltando maiores elementos que dificultam uma análise mais acurada dos acontecimentos; o comprometimento da equipe é fundamental para o processo de notificação. A maneira como notificamos a preocupação em detalhar uma situação, fornece instrumentos mais eficazes no levantamento de ações corretivas. A equipe deve ser treinada em como notificar.

Conclusões

Da apuração dos Registros e análise dos fatores de riscos, podemos considerar que 72% dos registros realizados demonstram falhas na realização dos procedimentos: procedimento não descrito, procedimentos com falhas na descrição, ou ainda falta de treinamento e supervisão de um funcionário na realização das tarefas.

Diante dos vários fatores citados acima, optou-se pela realização do mapeamento dos diversos setores do hospital. Nesse mapeamento desenvolveu-se uma Matriz de Gerenciamento de Processo onde cada setor tem conhecimento de quem são seus clientes, qual o serviço esperado, quais os indicadores e riscos pertinentes ao seu processo de trabalho. Esse conhecimento possibilita visão para os gestores e funcionários do que é necessário monitorar.

1. Após a realização deste mapeamento definiu-se que ele deve ser fixado em cada setor e os gestores se responsabilizarão em realizar o treinamento inicial com suas equipes, orientando-os sobre os processos realizados.
2. Para melhor Gerenciamento dos Riscos foi instituída a Comissão de Gerenciamento de Riscos, que têm como finalidade monitorar as ações dos diversos setores tanto no registro como também na análise das ocorrências, e principalmente no auxílio e prevenção dos riscos. Esta comissão é formada por gestores de diversas áreas e terá como tarefas: análise mensal das não conformidades, levantamento de causas e elaboração de ações corretivas. Serão disponibilizados relatórios e estatísticas mensais;
3. Para auxílio deste trabalho será disponibilizado na Intranet o "Relatório de Ações Corretivas e Preventivas" para registro e análise das não conformidades e estabelecimento de ações corretivas, com acompanhamento pelo Setor da Qualidade e a finalização pela Comissão de Riscos.
4. O Regimento Interno da Comissão de Risco estará disponibilizado na Intranet para consulta, bem como o procedimento para Gerenciamento de risco e notificações de ocorrências e aberturas de ação corretiva e preventiva.

Com estas medidas iniciais pretende-se formalizar com todos os funcionários o Gerenciamento de Riscos, buscando reduzir a probabilidade de ocorrências, gravidade e recorrências dos eventos adversos no hospital.

Referências bibliográficas

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1999.
2. Feldman LB. Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde. Critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo (SP): Martinari; 2004.

3. Alves, VLS. Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. São Paulo (SP): Martinari, 2009.
4. Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. Martinari: São Paulo; 2008.
5. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde: versão 2006. Brasília: ONA, 2006. V. 1. 203 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação). ISBN 8572382372.

T00251 - CÓDIGO AMARELO: PROTOCOLO GERENCIADO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS, URGÊNCIAS E INTERCORRÊNCIAS.

Autor: TATIANE RAMOS CANERO; Co-autores: SAMIRA SCALSO DE ALMEIDA; DARCIANE CASTRO; CLAUDIA REGINA LASELVA

Introdução:

Utilizando como modelo o atendimento Rapid Response Teams da Europa e EUA descritos e recomendados pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI), foi desenvolvido, o protocolo de atendimento CÓDIGO AMARELO. O Código Amarelo consiste no acionamento imediato, por telefone, de um médico da unidade de terapia intensiva pelo enfermeiro das unidades de internação e áreas ambulatoriais, onde não há médico plantonista, sempre que ocorrerem mudanças agudas nos parâmetros vitais do paciente, O médico dirige-se à área de acionamento, avalia o paciente, implementa as ações necessárias e notifica o médico titular. O principal objetivo do Código Amarelo é reduzir o número de paradas cardíaco-respiratórias (PCRs) nestas unidades, para estes casos, existe um protocolo específico de atendimento CÓDIGO AZUL.

Justificativa:

O acompanhamento da atuação do time de resposta rápida visa identificar os principais motivos dos acionamentos e acompanhar o comportamento dos indicadores do protocolo, durante o ano de 2008.

Método:

Análise do banco de dados dos atendimentos ocorridos de Janeiro a Dezembro de 2008.

Resultados:

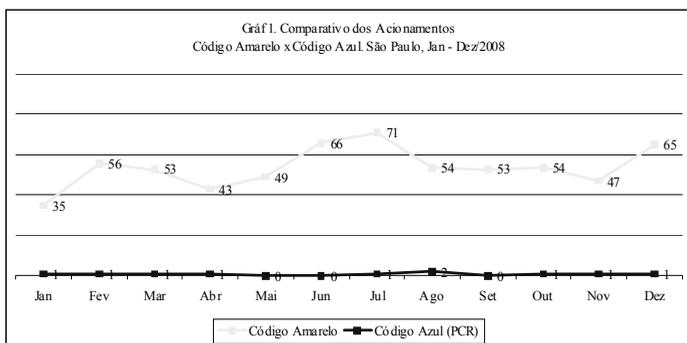
No período, ocorreram 646 acionamentos, os principais motivos relacionavam-se ao critério de percepção – seriamente preocupado com o estado do paciente (33%), diminuição da saturação de oxigênio (16%) e mudança aguda na frequência respiratória (13%). Em média, 95% dos atendimentos iniciaram em tempo inferior a 5 minutos do acionamento, a média de transferência para a CTI foi de 35% e 4% dos acionamentos tratava-se de pacientes com prognóstico reservado.

Figura 1 – Indicadores de atuação do time de resposta rápida. São Paulo, Jan-Dez/2008.

Indicadores	2008
Índice de início do atendimento em até 5 minutos	95% (615)
Índice de transferência de pacientes para o CTI após o atendimento	35% (224)
Índice de acionamentos para pacientes com prognóstico reservado	4% (29)

Figura 2 – Relação motivos de acionamentos do Código Amarelo. São Paulo, Jan-Dez/2008.

Motivos dos Acionamentos	2008
Diminuição aguda da SatO2 para < 90%	16%
Mudança da FR para < 8 rpm ou > 28 rpm	13%
Diminuição da PAS para < 90 mmHg	9%
Aumento da PAS para > 180 mmHg associado a sintomas	6%
Mudança da FC para < 40 bpm ou > 130 bpm	12%
Rebaixamento do nível de consciência	9%
Convulsão	2%
Seriamente preocupado com o estado geral do paciente	33%



Conclusão:

Os principais motivos de acionamento estão relacionados à percepção do enfermeiro quanto ao estado do paciente e alterações respiratórias. Os acionamentos em sua maioria 95% iniciam-se em até cinco minutos após o acionamento. E a implementação do Código Amarelo tem sido eficaz na redução das ocorrências de PCRs.

T00252 - ANÁLISE DAS QUEIXAS TÉCNICAS E EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS EM UM HOSPITAL SENTINELA DA REGIÃO CENTRO OESTE

Autor: NAYLA CECÍLIA SILVESTRE DA SILVA BRANQUINHO; Co-autores: ANA LÚCIA QUEIROZ BEZERRA; ANA ELISA BAUER CAMARGO SILVA; JOSÉ MARIO COELHO MORAES

Palavras-chave: Eventos adversos, Queixas Técnicas, Hospital Sentinela, Gerenciamento de Segurança

RESUMO

Este estudo analisou 100 notificações encaminhadas ao Serviço de Gerenciamento de Risco de um Hospital Sentinela, em 2006, 2007 e 2008. Os resultados apontaram que 55% eram queixas técnicas de medicamentos, 26% de material médico-hospitalar, 11% eventos adversos com hemoderivados e 8% com medicamentos. Os profissionais que notificaram e se identificaram foram: Enfermeiros (35%), Técnicos de Enfermagem (14%), Farmacêuticos (13%), Médicos (5%), de outras áreas (7%). Quanto aos tipos de ocorrências 81% foram suspeita de desvio de qualidade, 16% reações alérgicas à medicamentos e 3% por hemorragia. Os setores que mais notificaram foram: Clínica Médica (16%), Farmácia (12%).

INTRODUÇÃO

O interesse pela qualidade no desempenho dos serviços de saúde vem ganhando relevância no contexto brasileiro e tem despertado interesse nos meios acadêmicos e dos serviços. Isso se deve provavelmente à crescente conscientização de que no mundo contemporâneo a qualidade representa um requisito indispensável de sobrevivência econômica e uma responsabilidade social, ética e moral (BARAJAS; GARZA, 1993).

Há décadas essa preocupação é evidenciada, no cenário internacional e tem desencadeado análises sobre a qualidade dos serviços de saúde. Qualidade na prestação de serviços e cuidados se caracteriza pelo alto grau de competência profissional; uso eficiente de recursos; redução a um nível mínimo de lesões produzidas decorrentes da assistência; satisfação dos pacientes quanto as demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde e, um efeito favorável na saúde (NOVAES, 1993; RECOVEANU, 1995).

Baseado no princípio de que os pacientes não devem sofrer danos que resultem do cuidado médico, a questão da segurança do paciente tem assumido destaque expressivo nas ações de melhoria de qualidade em vários países. A segurança do paciente é definida pelo IOM (2003) por um cuidado livre de lesão acidental.

Entretanto, um grave problema relacionado à segurança e qualidade nos serviços de saúde vem se intensificado nos últimos anos. Esse fenômeno conhecido como Eventos Adversos (EAs) vem atingindo níveis alarmantes. A ocorrência crescente de casos documentados de EAs no cuidado à saúde tem provocado indagações sobre a segurança do paciente em âmbito mundial.

Eventos adversos (EAs), podem ser definidos como lesões não intencionais causadas pelo cuidado e não pela evolução natural da doença de base (MILLS, 1978; BRENNAN et al 1991; THOMAS, 2000)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) define EAS como um evento que produz, ou potencialmente pode produzir, resultados inesperados ou indesejados que afetem a segurança de pacientes, usuários ou outros. Pode causar ou contribuir para a morte, doença ou lesão séria do paciente. O conceito de dano é o ponto central da caracterização do evento adverso.

Esses eventos podem ocorrer dentro de organizações de saúde como resultado de falhas sistêmicas ou individuais (REASON, 2000). Lucian Leape, pesquisador americano, comenta que o "erro médico", considerado como evento adverso, é um problema mais sistêmico do que individual (UNRUH, 2002).

No ambiente hospitalar existem alguns fatores que estão associados com uma maior probabilidade de falhas e acidentes, entre os quais a tecnologia, a presença de muitos profissionais atendendo o mesmo paciente, a gravidade da doença, a ambiente propenso à distração, a pressão do tempo, a necessidade de tomar decisões rápidas e o elevado volume e carga de pacientes imprevisíveis.

Segundo (GALOTTI, 2004) os EAs afetam em média 10% das admissões hospitalares e constituem atualmente um dos maiores desafios para o aprimoramento da qualidade na área da saúde: a sua presença reflete o marcante distanciamento entre o cuidado ideal e o cuidado real.

Nesse sentido é importante também, monitorar a qualidade dos produtos utilizados na assistência, consideradas como queixas técnicas.

Para se ter segurança, qualidade e conseqüentemente controlar os eventos adversos ou das falhas técnicas deve-se verificar qual a melhor maneira de gerenciar tais riscos e diminuir a ocorrência de eventos adversos, que podem ser pela estrutura, processos de trabalhos inadequados, falta de conhecimento e vários outros fatores que vão influir diretamente na saúde humana.

Com essa preocupação em 2001, o Ministério da Saúde por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA lançou o Projeto Hospitais Sentinela com o objetivo de construir uma rede de serviços em todo o País preparada para notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, insumos, materiais e medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médico-hospitalares em uso no Brasil e, assim, garantir melhores produtos no mercado e mais segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde.

Atualmente fazem parte do projeto uma rede de mais de 180 hospitais. Ser um Hospital Sentinela consiste em ter um sistema de gerenciamento de risco.

A notificação de eventos adversos é a forma pela qual a equipe de gerenciamento de risco tem para conhecer os eventos adversos que podem ocorrer no local de trabalho. É importante que sejam registrados, notificados aos órgãos públicos controladores, mas especialmente, que sejam analisados localmente, visando buscar uma resposta construtiva para sua ocorrência, para sanar a deficiência e resolver definitivamente problemas de saúde, que possam levar danos aos pacientes e que posteriormente, sejam divulgados para os profissionais e unidades hospitalares.

Nesse sentido, em que pesem as implicações ético-legais envolvidas no problema investigado, acredita-se que analisar os eventos adversos e queixas técnicas notificados em um hospital sentinela, face ao enfoque da melhoria contínua da qualidade, abre espaços para a prevenção dessas ocorrências.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em um hospital sentinela de Goiás. Essa instituição é reconhecida na Região Centro Oeste como centro de referência do Sistema Único de Saúde para atendimento de média e alta complexidade. A equipe de gerenciamento de risco é coordenada por um farmacêutico e a sua composição é multidisciplinar, com participação de duas docentes da Faculdade de Enfermagem.

A amostra foi constituída por 100 notificações de eventos adversos e queixas técnicas do Serviço de Gerência de Riscos e que foram encaminhados à ANVISA, no período de 2006 a agosto de 2008. Destas notificações foram extraídas informações como: tipo de evento adverso e/ou queixa técnica, tipo de ocorrência notificada, categoria profissional envolvida.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa Médica Humana e Animal do hospital envolvido e foi desenvolvida seguindo as recomendações propostas pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Os dados foram digitados, estruturados e processados em planilha eletrônica no Programa Microsoft Office Excel versão 2007.

RESULTADOS

Foram realizadas 100 notificações, sendo 21% no ano de 2006; 31% em 2007; 37% até agosto de 2008 e 11% não constavam os anos da ocorrência. Os resultados apontaram um reduzido número de notificações, entretanto, percebe-se um aumento no número de notificações ao longo dos anos, considerando que em um período de oito meses do ano de 2008 ocorreram 37% das notificações.

Os resultados apontaram que 55 (55%) das notificações diziam respeito à queixas técnicas relacionadas à medicamentos, seguidas das queixas técnicas relacionadas à materiais médico-hospitalar conforme apresentado na tabela abaixo.

TABELA 1 - Distribuição dos tipos de eventos adversos e queixas técnicas notificadas para o Serviço de Gerência de Riscos de um hospital Sentinela de Goiás, 2008.

TIPOS DE GERENCIAMENTO DE RISCO NOTIFICADOS		
	n	f
Queixa Técnica de Medicamentos	55	55%
Queixa Técnica de Material Médico Hospitalar	26	26%
Eventos Adverso de Hemoderivados	11	11%
Eventos Adversos de Medicamentos	8	8%
TOTAL	100	100%

Destaca-se o baixo número de notificações sobre eventos adversos, quando a literatura aponta que sua incidência pode variar de 2,9 a 16,6 por 100 pacientes admitidos em hospitais (Mendes et al., 2005).

Eventos adversos com medicamentos também foram pouco notificados quando a literatura aponta uma alta incidência dentro de hospitais. Segundo enfermeiros apenas menos de 50% dos eventos adversos evitáveis, como o erro de medicação, são reportados (Osborne, Blais e Hayes, 1999). Este fato pode se dar por: receio em formalizar a ocorrência, medo de punições, dificuldade do preenchimento do relatório, falta de compreensão do que seja um evento adverso (Bohomol, 2002).

Em relação aos tipos de ocorrência os dados apontaram que 81% das queixas técnicas foram por suspeita de desvio de qualidade do produto. Os eventos adversos a medicamentos foram reações alérgicas e hemorragia.

TABELA 2 - Distribuição dos tipos de ocorrência notificadas para o Serviço de Gerência de Riscos de um hospital Sentinela de Goiás, 2008.

TIPOS DE OCORRÊNCIA		
	n	f
Produto com Suspeita de Desvio de Qualidade	81	81%
Hemorragias	3	3%
Reações Alérgicas	16	16%
TOTAL	100	100%

Os resultados também indicaram que as clínicas que mais notificaram foram a unidade de internação de Clínica Médica e a Farmácia Hospitalar. Destaca-se que 37% dos setores não se identificaram. Bohomol (2002) sugere que os formulários de notificação não sejam difíceis de preencher, assim como é imprescindível que os profissionais sejam instruídos quando a importância do preenchimento completo dos dados solicitados

TABELA 3 - Distribuição de frequências e porcentagens segundo Setores que realizaram Notificações.

SETORES HOSPITALARES QUE REALIZARAM NOTIFICAÇÕES		
	n	f
Clínica Médica	16	16%
Farmácia	12	12%
Clínica Cirúrgica	7	7%
Centro Cirúrgico	5	5%
UTI Cirúrgica	4	4%
*Outros setores	15	15%
Não identificaram a notificação	37	37%
TOTAL	100	100%

* Ambulatório de Quimioterapia e de Transfusão, Hemodinâmica, CME, Clínica Obstétrica.

Os outros setores do hospital (15%) envolvidos foram: Serviço de Hemodinâmica, Ambulatório de Quimioterapia, CME, Clínica Obstétrica e Diálise Peritoneal.

Em relação à categoria profissional responsável pela notificação os resultados apontaram que 35% eram enfermeiros e 13% farmacêuticos. Dos profissionais que realizaram a notificação 35% foram Enfermeiros, 14% Técnicos de Enfermagem, 13% Farmacêuticos, 5% Médicos e 7% profissionais de outras áreas, 26% não se identificaram.

CONCLUSÕES

No contexto pesquisado em que pese a baixa subnotificação de eventos adversos e queixas técnicas, considerando que a literatura aponta o alto índice de óbitos relacionados a falhas na assistência, acredita-se que o levantamento e análise dessas ocorrências nos hospitais, face a abrangência do enfoque da melhoria contínua da qualidade, aponta importantes perspectivas para a prevenção dessas ocorrências. Essa deve ser uma prática incentivada pelo Serviço de Gerenciamento de Riscos, assim como o desenvolvimento de programas de educação de educação continuada que esclareçam e envolvam a equipe de saúde para que possam colaborar para o aumento das notificações.

Torna-se imprescindível a conscientização dos profissionais para a prática sistemática de notificações de eventos adversos e problemas com produtos utilizados no meio hospitalar, para que sejam construídas estratégias de prevenção e aumento da segurança dos pacientes.

A análise dos eventos e riscos identificados, abre espaços para a prevenção dessas ocorrências. Para esse alcance, sugere-se que haja momentos de reflexão crítica sobre as causas das ocorrências notificadas, seus resultados e possíveis medidas de qualidade as serem implantadas, pois, mais do que encontrar culpados para punir, os eventos precisam ser vislumbrados com olhar sistêmico em benefício do serviço, da equipe e usuários.

REFERÊNCIAS

- BARAJAS, ER; GARZA B>Z. editorial: Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Púb. México, v35, n.3 p235-37, mayo/jun.1993.
- BOHOMOL, E. Erros de medicação: causas e fatores desencadeantes sob a ótica da equipe de enfermagem. São Paulo, 2002. 143f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.
- BRENNAN TA, LEAPE LL, LAIRD NM, HEBERT L, LOCALIO AR, LAWTHERS AG. Incidence of adverse events and negligence care in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med, 1991; 324:370-6.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução n 196/96. Brasília (DF); 1996. Disponível em URL: <<http://www.prrpg.ufg.br>>. Acesso em 12 abr. 2004.
- GALLOTTI, R. M. D. Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergências clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
- IOM. Crossing the Quality Chasm – a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press, 2003
- MILLS DH. Medical insurance feasibility study. A technical summary. West J Med 1978; 128(4):360-5.
- NOVAES, HM. Programas de garantía de calidad através de la acreditación de hospitales em Latino América y el Caribe. Salud Pública Mex 1993; 35:248-58
- RACOVEANU, NT; JOHAANSE KS. Tecnologia para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria. Foro Mundial de la salud 1995;16:158-165.
- REASON J. Human error: models and management. BMJ, v. 320, 2000, p. 768-70.
- THOMAS EJ, STUDDERT DM, RUNCIMAN WB, WEBB RK, SEXTON EJ, WILSON RM, GIBBERD RW, HARRISON BT, BRENNAN TA. A comparison of iatrogenic injury studies in Australia and the USA. I: Context, methods, case mix, population, patient and hospital characteristics. Int. J. Qual. Health Care. 2000 Oct;12(5):371-8.
- UNRUH, Lynn. Trend in adverse events in hospitalize patients, EUA, 2002.
- MENDES, W; TRAVASSOS, C; MARTINS, M; NORONHA, J C de. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais Rev. bras. epidemiol; 8(4):393-406, dez. 2005.

TO0255 - O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO VALE DO PARAÍBA PAULISTA

PAULA VILHENA CARNEVALE VIANNA; JANAINA ALVES DOS SANTOS; MARIANA HERMANN DA CRUZ; MAURA ANTUNES GALVAO

LUCCHESI

RESUMO

Este trabalho dimensiona os fluxos de origem/destino dos pacientes internados em Taubaté (SP), a fim de caracterizar o papel do Hospital Universitário de Taubaté (HUT) no sistema de saúde do Vale do Paraíba Paulista e subsidiar o planejamento regional da assistência hospitalar. Compara, baseado em fontes secundárias (Datusas), as internações pagas pelo SUS no HUT e no Hospital Regional, por município de procedência (anos 2006/2007). O HUT fornece suporte regional nas quatro especialidades, com destaque para a Cirurgia, em especial a Ortopedia. A duplicação de referência deve ser avaliada no planejamento de um sistema regional eficiente, efetivo e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização, Hospital Universitário, referência, ortopedia, Pacto de Gestão, Fluxos, Vale do Paraíba.

INTRODUÇÃO

Os hospitais são os equipamentos mais dispendiosos do sistema de saúde e sua eficiência e efetividade estão diretamente relacionados ao planejamento em escala regional (GIL, LICHT, YAMAUCHI, 2007). Princípio constitucional, a regionalização ainda não se concretizou no país: complexa e burocratizada, a proposta inicial apresentada na NOAS 01/01 foi retomada de modo mais flexível nos Pactos pela Saúde. Eixo do Pacto de Gestão, a regionalização se dá através da pactuação programada integrada, discutida em Colegiados de Gestão, responsáveis pela organização dos sistemas regionais de saúde. O Estado de SP foi dividido, em 2007, em 17 regiões de saúde, que fecharam a pactuação no ano de 2008.

O Hospital e a rede de saúde

Tradicionalmente, o Hospital Universitário (HU) é a extensão de estabelecimentos de ensino em saúde; local de treinamento universitário que oferta de atendimento de alta complexidade. Recentemente, o Ministério da Educação passou a exigir a caracterização como centro de referência nacional no Sistema Integrado de Procedimentos da Alta Complexidade para reconhecer a natureza de ensino desses hospitais. Como decorrência, cabe aos HUs romper seu tradicional isolamento da rede pública de saúde e aliar o desenvolvimento de ensino e pesquisa à sua inserção nessa rede (MACHADO, KUCHENBECKER, 2007).

A gestão do sistema é ponto chave para sua inserção eficiente: a ausência de um sistema planejado de referência/contra-referência resulta na prestação desnecessária de serviços, desperdício de recursos e perda da qualidade, fato importante considerando que cerca de 70% dos gastos do SUS são hospitalares (VECINA NETO, MALIK, 2007). Estudos mostram que o encaminhamento intermunicipal é parte significativa das internações hospitalares, e o desenho regional desses sistemas é agenda prioritária nos Colegiados de Gestão.

O Vale do Paraíba Paulista

O Vale do Paraíba Paulista, localizado no leste do estado de São Paulo, faz fronteira com o sul do estado do Rio de Janeiro e Norte de Minas Gerais. Seus 2.243.787 habitantes se distribuem em 39 municípios de diferentes perfis sócio-demográfico-econômicos. Os mais populosos e de melhores indicadores sociais situam-se ao longo da Rodovia Presidente Dutra, que corta o vale. A região possui 4 sub-regiões de saúde (Figura 1).

A Região é a sexta em participação no total de internações hospitalares do Estado de São Paulo, ficando à frente da região Metropolitana da Baixada Santista e das regiões de Ribeirão Preto e Marília, que contam com hospitais universitários. São José dos Campos, Taubaté e Jacareí foram responsáveis por 43% das 122.165 internações no ano de 2006 (Tabela 2).

Além da concentração, há déficit de leitos e reduzido número de internações. A área com melhor adequação do número de internações por habitante, pelo parâmetro da portaria MS 1101/2002 é a cirurgia; todas as demais apresentam déficit (Tabela 1).

Tabela 1. AHS pagas por especialidade e ano de competência, com os respectivos parâmetros e diferença entre internações esperadas e realizadas, Regional de Saúde de Taubaté

Especialidade	2006			2007			Total	Variação Anual
	Esperadas	Realizadas	Diferença	Esperadas	Realizadas	Diferença		
Cirurgia	36.025	35275	250	36.499	37016	517	72294	4,70
Clinicas	57.792	39003	-18.789	60.224	26654	-33.570	54269	-3,81
Obstetrícia	35.463	27015	-7.848	36.956	38103	1.148	77106	-2,36
Ped	26.209	11448	-14.821	27.374	10710	-16.664	22158	-6,89
Total	154.550	113.341	-41.209	161.053	112.483	-48.570	225.824	-8,15

Fonte: Elaborada a partir de dados do Datusas e Parâmetros da Portaria MS 1.101/2002

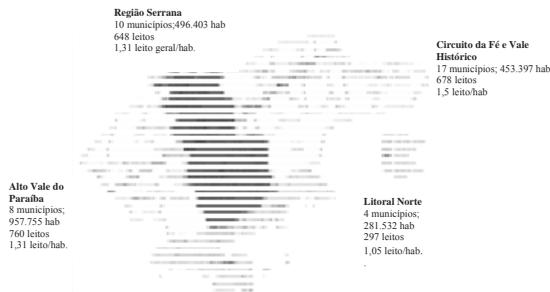


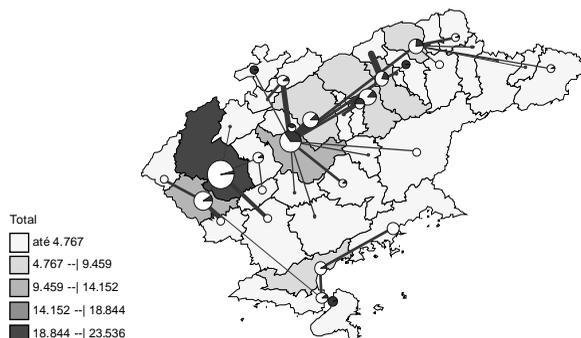
Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do Vale do Paraíba Paulista e respectivas populações e leitos por habitante, ano 2006..

Município Internação	Clinica cirúrgica	Obstetrícia	Clinica médica	Pediatria	Total	%
São José dos Campos	9.289	5.977	6.360	2.768	29.558	24,20
Taubaté	8.061	2.469	2.514	644	13.688	11,20
Jacareí	2.702	2.917	4.011	1.184	10.814	8,85
Guaratiningá	1.897	1.400	4.834	764	9.574	7,84
Pindamonhangaba	2.351	2.553	3.104	644	8.652	7,08
Lorena	1.648	1.452	2.939	1.063	7.102	5,81
Campos do Jordão	344	1.250	1.374	1.133	7.070	5,79
Cruzeiro	1.768	1.289	2.514	619	6.200	5,08
Caraguatatuba	1.458	1.336	1.834	543	4.971	4,07
Ubatuba	976	1.471	1.172	298	3.924	3,21
São Sebastião	1.118	1.432	834	382	3.766	3,08
Aparecida	1.171	793	1.429	185	3.578	2,93
Caçapava	1.014	1.030	1.024	359	3.427	2,81
Ihabela	781	328	975	314	2.398	1,96
Cunha	305	337	819	141	1.602	1,31
São Bento do Sapucaí	177	375	837	130	1.523	1,25
Cachoeira Paulista	103	409	404	143	1.259	1,03
Tremembé	0	492	238	0	730	0,60
Santa Branca	0	8	616	1	625	0,51
Queuz	112	94	297	53	556	0,46
Bananal	0	161	209	35	405	0,33
São Luís do Paraitinga	0	28	266	29	323	0,26
Parabuna	0	4	244	2	250	0,20
Silveras	0	0	78	12	90	0,07
Igaratá	0	0	76	2	78	0,06
Total	35.275	27.615	39.003	11.448	122.165	100,00

Tabela 2. Total de AIHs pagas por Especialidade nos municípios da DRS XVII em 2006, por local de internação

Fonte: Datasus.
Elaborado no ambiente TabWin

Figura 2. Fluxo de internações hospitalares na Região de Saúde do Vale do Paraíba Paulista, ano 2006.



Fonte: Construção própria, em Tabwin, a partir de dados do Datasus. Os gráficos representam a distribuição das internações (branco –própria, vermelho - referenciadas).

Fonte: Construção própria, em Tabwin, a partir de dados do Datasus. Os gráficos representam a distribuição das internações (branco –própria, vermelho - referenciadas).

Taubaté, destaque em termos de número absoluto e relativo de internações hospitalares na região, especialmente na cirurgia (Tabela 2 e Figura 2), conta com dois estabelecimentos de diferentes naturezas que prestam serviços ao SUS: um hospital regional (HR), sob administração indireta do Estado, e um hospital universitário (HUT). Um obstáculo adicional ao desenho do sistema local em rede é a não habilitação do município à gestão plena do sistema – aos dois estabelecimentos, soma-se um pronto-atendimento de natureza municipal.

Este trabalho visa caracterizar o padrão de internação no HUT por procedência dos pacientes, por especialidade, a fim de investigar sua importância como referência regional, e subsidiar o planejamento regional da assistência hospitalar no Vale do Paraíba Paulista.

HUT: Histórico e Perfil

O HUT é mantido, desde 1977 por uma autarquia municipal. Possui residência médica nas quatro especialidades médicas, é campo de internato para alunos de Medicina, e de estágio em Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia e Serviço Social. Dispõe de terapia intensiva e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento (imagem e laboratórios), e um hemonúcleo regional. O atendimento é na maior parte, porém não exclusivamente, público.

O Hospital dispunha, em 2006/2007, de 169 leitos (CNES), divididos entre as Clínicas Médica, Cirúrgica, Ginecologia/Obstetrícia e Pediátrica; um Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico e uma sala para cirurgias de pequeno porte. Possui 2 maternidades (uma terceira em fase de acabamento, leitos não disponíveis ao SUS) que fazem atendimento rotineiro e de alto risco, com média de duzentos partos por mês. A UTI Neonatal, recentemente reformada, é parte dos projetos da nova fase do HUT. Oferece atendimento ambulatorial em diversas especialidades e atendimento de urgência em Ginecologia e Obstetrícia.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo, do tipo descritivo, avalia o uso dos leitos do HUT e do HR nos anos de 2006 e 2007. Foram avaliadas as internações pagas pelo SUS, segundo o município de residência dos pacientes, por especialidade (Clínica Médica, Obstetria, Cirurgia e Pediatria). Os dados foram obtidos no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), considerando-se as autorizações de internação hospitalar (AIH) e trabalhados no ambiente TabWin.

A especialidade de maior representatividade regional foi analisada com maior detalhamento (valor de AIH pago e principais diagnósticos). A unidade geográfica de análise foi o DRS-XVII.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Região de Saúde sob coordenação do DRS-XVII, Taubaté é o segundo município em população e em internação (Tabela 1; Mapa 2). Há hospitais em 25 dos 39 municípios, e os principais estabelecimentos se localizam nos municípios mais ricos e de melhores indicadores sociais, ao longo da Rodovia Presidente Dutra. Consideradas as quatro regiões de saúde, o Alto Vale do Paraíba, mais populoso, possui maior número de leitos e menor proporção de leitos por habitante. A Região Serrana, onde se situa Taubaté, tem situação intermediária e leitos distribuídos principalmente em Taubaté e Pindamonhangaba.

Tabela 3. Freqüência de internações hospitalares por município de residência na rede SUS na cidade de Taubaté em 2006.

O HUT foi responsável por 55,48% das internações hospitalares do SUS (13.614) na cidade de Taubaté em 2006 e 57,19% em 2007 (Tabela 3). Excluindo-se Taubaté como cidade de procedência, o Hospital Regional passa a ser o principal destino de internação; no entanto, a participação do HUT como referência regional continua expressiva (cerca de 40% do total de internações provenientes de outros municípios). Pode-se observar a expressividade das internações cirúrgicas sobre o total de internações.

O município possuía, nos anos analisados, 284 leitos SUS: 115 pertencente ao Hospital Regional de Taubaté, sob administração indireta do Estado e 169 pertencentes ao HUT, com a seguinte distribuição: 75 (50,34%) Clínica Cirúrgica; 29 (19,46%) Clínica Médica; 27 (18,12%) Obstetria e 18 (12,08%) Pediatria. Os serviços fornecidos pelo HUT são classificados, no CNES, como de média e alta complexidade.

O HR dispõe apenas de leitos clínicos (58) e cirúrgicos (47), e também é centro de média e alta complexidade. Em 2006, 7.815 pacientes foram internados no HUT, sendo o maior contingente na Clínica Cirúrgica (3.307), seguida da Obstetria (2.469), Clínica Médica (1.395) e Pediatria (644) (Tabela 3). No geral, os municípios de procedência mais frequentes foram os da Sub-região Serrana: Tremembé, Pindamonhangaba, São Luís do Paraitinga, Campos do Jordão, Redenção da Serra e Natividade. Os municípios que mais dependem do HUT são Redenção da Serra (64% do total de internações do município), Lagoinha (45%) e Natividade (41% do total de internações do município). Tremembé encaminha pacientes para o HUT e para o HR praticamente no mesmo percentual, e referencia cerca de 50% de seus pacientes para outros municípios. No ano de 2007, o número de internações foi menor (6.502), mantidas as mesmas proporções.

Excluídos municípios com três ou menos internações: Monteiro Lobato, Paraibuna, Sta Branca, Jambeiro, S Sebastião. Fonte: Dados obtidos do sistema SIH e trabalhados em ambiente Tabwin.

Tabela 4: Freqüência de internações hospitalares, no HUT, por município, para as especialidades de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Obstetria e Pediatria. Ano 2006.

Município de Procedência	Número de Internações em 2006	Número de Internações em 2007	Total de Internações em 2006 e 2007
Aperceição	688	463	1151
Araruama	18	22	40
Ardeşua	8	13	21
Bomemeal	28	8	36
Campoyana	286	488	774
Campanha Paulista	262	529	791
Campanha do Jordão	373	620	993
Carapua	42	4	46
Carapicubana	46	8	54
Catanduba	139	66	204
Catuaia	467	462	929
Chapoyana	181	62	243
Itaueba	13	1	14
Itacaramiz	13	11	24
Lagoinha	42	64	106
Lourdes	22	14	36
Luzerna	164	69	233
Municípios do Estado	67	26	93
Pindamonhangaba	686	244	930
Piedade	23	10	33
Pindua	44	2	46
Quatua	24	10	34
Redenção da Serra	22	102	124
Resende	57	17	74
Santa Antônia do Pinhal	24	14	38
São Bento do Sapucaí	62	26	88
São José do Barro	3	3	6
São José das Grammas	10	24	34
São Luís do Paraitinga	103	109	212
Silveira	14	14	28
Tremembé	329	347	676
Ubatuba	61	32	93
Total para Taubaté	2828	1727	4555
Total	6102	2920	9022
Taubaté	1180	1130	2310
Total para Taubaté	6102	2920	9022
%	44,32	57,19	100,00

Fonte: Datusos

Na pediatria, área em que o HUT é a única referência da cidade, 28,93% (186) dos pacientes provêm de outros municípios. Na Obstetria os pacientes oriundos de outros municípios representaram apenas 13,46% (332) das internações; e na Clínica Médica 22,58% (313), valor que se eleva em termos quantitativos (1095) e proporcionais (33,27%) na Cirurgia (Tabela 4).

A baixa complexidade da rede hospitalar regional e a diferenciação universitária do HUT pode explicar a atração de pacientes cirúrgicos – observa-se que os pacientes provenientes de São José dos Campos, cuja rede é de maior complexidade, internam igualmente no HR e no HUT. Por

outro lado, na Obstetrícia o HUT é usado praticamente pela população do município – o hospital é o único da cidade credenciado para atendimento SUS, e a obstetrícia é a única especialidade com pronto-atendimento, o que facilita a internação. A ampliação do Hospital nesta área aponta uma opção pelo atendimento supletivo, questão a ser considerada dada a escassez de leitos obstétricos na região.

Entre as especialidades cirúrgicas, a ortopedia é a que apresenta maior percentual de pacientes oriundos de outros municípios (41,98% do total). Há uma mudança no perfil de procedência desses pacientes – não mais os pequenos municípios, mas cidades maiores: Pindamonhangaba, a vizinha Tremembé, Campos, Lorena e Guaratinguetá (Tabela 5).

Nesta especialidade, em 2006, embora a quantidade de pacientes atendidos no HR e no HUT seja semelhante, o valor de tabela dos procedimentos realizados é maior no HU (R\$977,11 versus 840,40; considerados os procedimentos com código 38005057 a 40003027, Tabela SIH). Os diagnósticos também se diferenciam: o tratamento cirúrgico de fraturas de tíbia e fêmur, os procedimentos artroscópicos de joelho e a artroplastia de quadril são procedimentos mais comuns em ambos, porém o HR se destaca pelo atendimento a pacientes politraumatizados. Há grande diferença na frequência de internações, por especialidade, nos anos de 2006 e 2007 (decréscimo de 426 para 75 internações no HU e apenas quatro no HR), o que pode refletir a inadequação do preenchimento da AIH.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a análise tenha fornecido informações consistentes, o uso de fontes secundárias permanece um problema. Fica clara a importância do correto preenchimento dos formulários administrativos (no caso, a AIH) e do registro da informação no sistema de dados para a análise da situação de saúde dos municípios.

O HUT é referência regional, mesmo antes da pactuação formal, especialmente para a Clínica Cirúrgica/Ortopedia e para Sub-região Serrana; e se caracteriza como um ponto de suporte para o eixo da Região do Circuito da Fé/Vale Histórico.

A Obstetrícia tem menor relevância regional; o que pode se relacionar à diretriz administrativa do hospital, com oferta para o setor supletivo de saúde; a impedimentos administrativos, ou à facilidade de acesso da população local, via pronto-atendimento. O mesmo ocorre com a pediatria, o que pode refletir a existência de estrutura de atendimento na região, ainda que precária; ou a dificuldade de acessibilidade, que pode ser mais evidente nos deslocamentos em pediatria. O fato do HUT ser um hospital escola parece torná-lo um pólo atrativo aos pacientes; já que dispõe de equipe multiprofissional e é qualificado para ofertar atendimento diferenciado, e nesse aspecto a área cirúrgica é a que mais se destaca.

A investigação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde deve considerar o padrão de localização, o perfil sócio-demográfico-econômico e a organização e gestão da rede nos níveis local e regional. Nesta região de relevo complexo, com áreas litorâneas e montanhosas, econômica e demograficamente desigual, esses conceitos influenciam o acesso aos serviços. Na mesma medida, a discussão política, como preconizada nos Pactos – negociada entre os três níveis de governo e as entidades da sociedade civil, é fundamental para desenhar um projeto comum de saúde, seja no nível municipal ou regional. A forma de integração do HUT nesta rede deve ser tecnicamente analisada e debatida, a fim de que ensino e assistência possam ser planejados de modo a responder às necessidades loco-regionais, fortalecendo o sistema de saúde.

Tabela 5. Total de AIHs pagas para a especialidade de Ortopedia, no HUT segundo município de origem, ano 2006

Município de procedência	Número de internações		Total de internações em 2006
	no HU	no HR	
Aperibon	38	43	81
Araruama	9	22	31
Arinos	9	13	22
Barra Mansa	24	9	32
Campinas	365	439	803
Casimiro de Figueiredo	195	559	754
Campos dos Jordões	370	1239	1609
Caracas	62	4	66
Carapicuíba	49	9	58
Catanduva	139	65	204
Cordeiro	47	42	89
Cordeiros	133	63	196
Crato	13	1	14
Descalvado	39	13	52
Engenheiro	42	64	106
Estância Velha	22	14	36
Itaboraí	154	69	223
Itaipava	57	50	107
Itapecuru	225	249	474
Joaquim	23	19	42
Joinville	44	2	46
Ourinhos	34	10	44
Pindamonhangaba	29	102	131
Pindamonhangaba	37	17	54
Pindamonhangaba	24	14	38
Pindamonhangaba	93	25	118
Pindamonhangaba	3	9	12
Pindamonhangaba	69	24	93
Pindamonhangaba	103	159	262
Pindamonhangaba	34	14	48
Pindamonhangaba	329	347	676
Pindamonhangaba	91	92	183
Pindamonhangaba	2039	1757	4096
Pindamonhangaba	69.092	39.588	108.680
Total	5.190	5.200	10.390
Total com Pindamonhangaba	5.128	7.205	12.333
%	44,52	55,48	100,00

Fonte: Datasus, elaborado no ambiente TabWin.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. (c). Ministério da Saúde. Portaria no. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ptGM399_20060222.pdf Consultado em 17/10/2007.

BRASIL (d), Ministério da Saúde. Portaria no. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2001.

GIL A C, LICHT R H G, YAMAUCHI N I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. Hygea, São Paulo. 2(3): 35-46, DEZ 2006.

MACHADO S P, KUCHENBECKER R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo. 12(4):871-877, 2007.

MONTEIRO D'OLEO R J, FÁVERO M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar da região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. Rev Saúde Publ, São Paulo. 26 (4): 256 – 263, 1992.

OLIVEIRA E X G, CARVALHO M S, TRAVASSOS C. Territórios do sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad Saúde Publ. Rio de Janeiro. 20(2): 386-402, mar-abr, 2004.

VECINA NETO G, MALIK A M. Tendências na Assistência Hospitalar. Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo. (12)4: 825-839, 2007.

T00001 - EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA NO PROCESSO DE TRABALHO: A ESTRATÉGIA DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA.

Autores: ROBERTO RODNEY FERREIRA JUNIOR; Co-autores: IZA MANUELA AIRES COTRIM

Introdução: O Programa de Educação Permanente e Continuada do Hospital Universitário Clemente de Faria – PEPEC foi implantado em maio de 2007 e tem como principal objetivo buscar a eficiência da gestão dos serviços visando à qualificação e valorização do trabalhador e a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população. A promoção dos processos de mudanças foi articulada através de pequenos grupos e com acompanhamento de facilitadores. Objetivos: Este trabalho teve como objetivo avaliar os resultados alcançados nos primeiros seis meses de desenvolvimento do Programa, buscando verificar de forma qualitativa respostas para as questões previamente colocadas aos grupos de aperfeiçoamento, a saber: melhoria da qualidade da assistência em saúde; diminuição do tempo médio de internação; melhoria no processo de trabalho e redução dos custos dos serviços. Metodologia: Para desenvolvimento do trabalho foi realizada uma pesquisa-ação com os Facilitadores do Programa e profissionais do setor de radiodiagnóstico. Resultados e discussão: Cinquenta e dois grupos de aperfeiçoamento foram organizados no HUCF. Algumas características do PEPEC, como a autonomia dos setores em estabelecer quantos grupos de aperfeiçoamento que acharem necessários e a possibilidade de junção de grupos atuantes não nos permitem estabelecer uma quantidade de grupos ideal para abranger todo o hospital. Os facilitadores apontaram que a maior dificuldade para se iniciar o trabalho nos setores ainda é a resistência e indisponibilidade de alguns membros, devido à sobrecarga de trabalho. Em uma das experiências os profissionais da Radiologia no PEPEC, relataram que houve diminuição da perda de filmes por procedimentos inadequados, havendo conseqüentemente a diminuição na repetição de exames. A qualidade dos exames melhorou e houve redução comprovada no índice de reclamações diversas, afetando positivamente para a redução do tempo médio de internação; havendo ainda redução nos gastos com filmes. Diante disso a equipe elaborou em conjunto de novos protocolos para o serviço. Conclusão: A Educação Permanente permite que o trabalhador atue e se reconheça como pertencente ao ambiente de trabalho, pois a aprendizagem não se efetiva se os atores não tomarem consciência do problema e se não se reconhecerem nele. Cumpre-se assim o objetivo principal: a transformação do processo de trabalho, visando à melhoria da qualidade dos serviços e a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Concluímos que os primeiros seis meses de implantação do PEPEC já trouxeram significativas melhorias na qualidade da assistência prestada no âmbito do HUCF.

T00002 - IMPLANTAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE MANCHESTER NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA.

Autores: ROBERTO RODNEY FERREIRA JUNIOR

Apresentação do problema: A expectativa de acesso rápido ao atendimento médico de urgência é uma crescente na população da cidade de Montes Claros e em toda a região do Norte do Estado de Minas Gerais, onde nos Prontos Socorros da cidade a triagem sempre foi feita pela lógica da exclusão. A regulação deste atendimento como resposta à maior demanda de saúde constituiu instrumento necessário de ordenação e orientação da assistência no intuito do atendimento aos cidadãos que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram as portas de entrada da Rede SUS. Solução implantada: Visando melhor qualificar o desempenho dos serviços de atendimento de urgência e emergência no HUCF implantou-se a Classificação de Risco de Manchester como um novo instrumento de gestão para o serviço de Pronto Socorro. Este modelo é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de uma intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. O processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliadas à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro. Ao chegar ao serviço de urgência demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos servidores da recepção e encaminhado para confecção da ficha de atendimento/cadastro. Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário. Os usuários podem ser classificados em: Vermelho-emergência; Amarelo-urgência; Laranja-cuidados especiais; Verde-sem risco de morte imediato; e Azul-quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social. O manejo da classificação de risco num Pronto Socorro requer equipes experientes, treinadas e capazes de identificar necessidades e prioridades do paciente, para avaliação correta dos sinais e sintomas estabelecidos no Protocolo. Cada Serviço de Saúde deverá adaptar a classificação com base em sua experiência, recursos, padrões de doença, dados epidemiológicos e ambientais, diferenças culturais, área física, leitos de retaguarda e risco ou existência de superlotação. Estratégias adotadas: Definição e composição das equipes de atuação no serviço: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de limpeza, dentre outros. Realização de cursos de capacitação técnica para toda a equipe da área de saúde, estruturação gerencial, capacitação gerencial, oficinas de sensibilização visando o entendimento de que o sucesso desta nova proposta dependeria do envolvimento e adesão de todos os profissionais da instituição, capacitação via software da empresa ALERT. Resultados obtidos: Difusão de uma nova cultura da urgência e emergência, implantação de software de gestão baseado na integração de indicadores e disponibilidade de informações on-line (gráficos, textos e outros) com fidedignidade de fatos, qualidade assistencial, rigor científico e ajuste de riscos e agravos.

T00004 - GERENCIAMENTO: PROGRAMA PARA GESTANTES - BOA HORA - "ATENDIMENTO PERSONALIZADO À GESTANTE COM O INTUITO DE ACOMPANHAR O CURSO DA GESTAÇÃO, MINIMIZANDO POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS."

Autor: DANIELA GONÇALVES CASECA SALATA; Co-autores: CAIO SOARES SEIXAS; RODERICK BELTÃO WILSON; ANA MICHELA LISTA MERCHAN

Introdução

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe – são as chamadas gestações de alto risco. A fim de oferecer uma melhor qualidade de vida, para todas as gestantes associadas Omint, foi criado o Programa Boa Hora, que visa um atendimento personalizado e individualizado, composto por visitas domiciliares de uma enfermeira obstetrix e distribuição de material teórico a cada visita para gestantes domiciliadas na cidade de São Paulo. O programa também contempla através de telemonitoramento todas as gestantes da carteira OMINT e Skill domiciliadas fora da cidade de São Paulo.

Instituição

Desde 1980, a Omint Serviços de Saúde está no Brasil, e tem como um de seus objetivos a melhoria contínua de seus serviços prestados, o desenvolvimento e implementação de mudanças inovadoras, fazendo parte destas mudanças foi criado O Programa Boa Hora administrado pelo Núcleo de Saúde e Prevenção, a fim de proporcionar uma assistência personalizada e individualizada para gestantes e identificar previamente as gestações de alto risco.

População Alvo

Mulheres em idade fértil na carteira Omint e Skill

Impacto da atividade

- Fidelizar atendimento da Gestante na rede
- Identificação e acompanhamento e colocação das gestantes de alto risco
- Acompanhamento individualizado para Gestantes de Alto Risco através do telemonitoramento e visitas domiciliares de uma equipe de enfermagem especializada.
- Diferenciação dos serviços atualmente prestados para esta população nos planos de saúde

Considerações finais

Esta experiência tem se mostrado bastante gratificante e vantajosa, uma vez que podemos acompanhar todos os estágios de uma gestação saudável compartilhando com a futura mãe suas inseguranças e minimizando suas dúvidas durante este período de transformação e principalmente dando suporte para as mães que estão em risco gestacional.

O resultado é um cliente satisfeito e encantado com esta inovadora ferramenta de acompanhamento de gestantes, tendo como consequência uma diminuição significativa de internações desnecessárias, um melhor gerenciamento nos casos de prematuridade e finalmente fidelização desta população com plano de saúde.

T00010 - ELABORAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO.

Autor: ANNA PAULA BISE VIEGAS; Co-autores: MARÍLIA MARIA CARVALHO MESQUITA; DAIANE DA SILVA OLIVEIRA; ALINE FERNANDA PEDRAZZI

Palavras-chave: Acreditação; Hemodiálise; Qualidade; Autoavaliação; ONA; Instrumento de avaliação.

Identificação do problema: A Acreditação no Brasil é uma prática insipiente em relação a outros países. Dentre as inúmeras vantagens do processo de acreditação, merece destaque a preocupação com a qualidade e segurança do serviço prestado, sendo inclusive, um excelente instrumento para gerenciamento da instituição acreditada. O presente trabalho buscou a preparação de um serviço de hemodiálise de um hospital público terciário, visando à obtenção da certificação de qualidade pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

Solução implantada: Durante a realização do diagnóstico situacional da clínica, foi identificada a necessidade da criação de um instrumento de autoavaliação específico para um serviço de hemodiálise. O instrumento contemplou os sete critérios (Liderança e Administração, Serviços Profissionais e Organização da Assistência, Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente e Processos Operacionais, Serviços de Apoio ao Diagnóstico, Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento, Serviços de Apoio Administrativo e Infraestrutura e Ensino e Pesquisa), incluindo os subitens dos critérios, de maneira a formular perguntas objetivas de resposta concisa e concreta, permitindo ao avaliador saber quais são as deficiências do serviço e os documentos necessários para a comprovação da adequação do item.

Metodologia: O instrumento de autoavaliação foi baseado no Manual Brasileiro de Acreditação – ONA – Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Hemodiálise e Terapia Renal Substitutiva e nas Resoluções das Diretorias Colegiadas: RDC nº. 154, de 15 de junho de 2004 - Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise e RDC nº. 307, de 14 de novembro de 2002 - Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Resultados obtidos: Após a aplicação do instrumento de avaliação, percebeu-se a necessidade da criação de uma comissão de qualidade composta por equipe multiprofissional, principalmente para a disseminação da cultura de qualidade no serviço, além do próprio instrumento de avaliação que servirá de guia para futuras avaliações, evitando assim, a convocação precoce da empresa instituidora.

T00022 - ACREDITAÇÃO COMO OPORTUNIDADE DE MELHORIA DA GESTÃO ASSISTENCIAL E ADMINISTRATIVA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR

Autor: LEILA SOARES SEIFFERT; Co-autor: VALERIA FILOMENA DE OLIVEIRA

Palavras-chave: acreditação, assistência, hospital de ensino, unidades funcionais.

Identificação do problema: O HC-UFPR sendo o maior hospital público de ensino do Estado do Paraná, com atendimento 100% SUS, complexo nas dimensões, na infraestrutura e na diversidade das atividades assistenciais desenvolvidas, apresentava dificuldade no controle dos processos críticos, com aumento dos riscos e sem metodologia que reconhecesse de forma sistemática os problemas, coordenasse as ações de enfrentamento e mensurasse os resultados obtidos.

Solução implantada: Em 2002 a assistência acreditada foi incluída na missão da Instituição e em 2003 foi iniciada a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar com vistas à obtenção de certificação de Hospital Acreditado. O primeiro passo foi instrumentalizar a Diretoria, Comissão de Acreditação e os gerentes, através de curso de Facilitadores em Acreditação ministrado por Instituição Acreditadora Credenciada. No período de 2004 a 2007 foram realizadas sensibilização, treinamento e auditoria interna sem abranger ainda todos os setores do Hospital, e ampla reforma física. Em 2008 foi idealizada campanha intitulada “HC-Hospital 5 estrelas”, com o objetivo de incrementar nos profissionais a vontade de fazer correto e melhor. Foram realizadas novas sensibilizações com esclarecimento do processo, face a face, para 2.100 profissionais que atuam na instituição, na própria unidade de trabalho dos mesmos, nos 3 turnos. Para diagnóstico foram realizadas auditorias internas, com emissão de relatório contendo as não conformidades. As unidades elaboram plano de ação corretiva.

Resultados obtidos: Os resultados são avaliados e monitorados através das estrelas, pois a cada etapa concluída a unidade recebe uma estrela, devendo chegar à quinta com a certificação. Desde 2008 as unidades funcionais possuem em seus contratos meta institucional de resolução de não conformidades, com avaliação anual. Em 2005, 2006 e 2007 as unidades resolveram, em média, 37% daquelas que estavam na governabilidade das equipes, já em 2008 o percentual aumentou para 75%, com previsão de 100% em 2009. Está programada avaliação diagnóstica em 2009 e avaliação de certificação em 2010.

Conclusão: As melhorias obtidas no processo rumo à certificação são o grande ganho institucional junto com a tomada de consciência das situações de riscos às quais os pacientes e profissionais são submetidos pela prática inadequada.

T00023 - A MELHORIA CONTÍNUA INCA - PROJETO ACREDITAÇÃO HOSPITALAR INTERNACIONAL

Autor: MARIO LUIZ PINTO FERREIRA

O processo de melhoria contínua da Instituição teve início quando o XXXX adotou um Programa de Gestão pela Qualidade Total, com foco na qualidade da gestão e da assistência, em 1993. Num primeiro momento, diversas grupos de melhorias foram formados, segundo os macros processos da instituição, no sentido de promover melhorias nas atividades assistenciais.

No ano de 1998 o XXXX aderiu ao Programa da Qualidade do Governo Federal – PQGF e ao Programa Qualidade Rio – PQRio. Em reconhecimento ao empenho pela melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população no âmbito da saúde pública, o XXXX foi agraciado em 2001 com o Prêmio Qualidade Rio, tendo sido também um dos finalistas do Prêmio de Qualidade do Governo Federal, com 351 pontos. A pontuação máxima é de 1000 e 600 pontos é considerado excelência mundial.

Em 2004 o XXXX reformula sua estratégia de melhoria contínua na assistência e decide por uma metodologia mais específica para a área hospitalar, firmando contrato com o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – CBA para a implantação da Acreditação Hospitalar Internacional nas suas Unidades Hospitalares.

A Assessoria de Gestão da Qualidade - AGQ assumiu a responsabilidade de coordenar a implementação da Acreditação. Temos uma questão singular que é conduzir cinco programas simultaneamente, dentro da instituição. Trabalhamos com três manuais diferentes, o Manual Padrões de Acreditação Internacional para Hospitais, o Manual Internacional de Padrões de Certificação para o Cuidado a Doenças ou Condições Específicas e o Manual Internacional de Padrões de Acreditação para Cuidado Paliativos.

Todas as unidades possuem um grupo de coordena as ações internas. Subgrupos foram criados para tratar de assuntos específicos, como por exemplo, consentimento informado, direito dos pacientes e familiares entre outros.

A AGQ desenvolveu diversos instrumentos de divulgação do processo. Elaboramos folhetos sobre preenchimento correto do prontuário do paciente, metas internacionais, manual da acreditação do XXXX, cordão para crachá, quadros de acrílico, pesquisa sobre o conhecimento do processo pela intranet entre outras ações.

Em 2007, duas unidades receberam a certificação final e, no momento, aguardamos o resultado da unidade avaliada em dezembro de 2008. Em breve, a Instituição terá três das cinco unidades acreditadas.

T00024 - GERENCIAMENTO DE EVENTOS INESPERADOS E FALHAS NA UNIDADE II DO INCA

Autor: MARIO LUIZ PINTO FERREIRA

O processo de gerenciamento de eventos inesperados e falhas foi implementado como consequência do diagnóstico realizado segundo o modelo de Acreditação Internacional, na unidade, em 2005.

A primeira etapa da implementação foi definir quais seriam os eventos inesperados e falhas. Para isto, a área da Acreditação, responsável pelo desenvolvimento do projeto, convocou uma reunião com as lideranças da unidade e promoveu um “brainstorming” sobre que situações seriam relevantes para o monitoramento. Ao final do encontro, ficaram definidos vinte e quatro eventos relevantes que seriam monitorados por diversas áreas, como, por exemplo, Anestesia, Centro Cirúrgico, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, CTI entre outros.

Em seguida, foi estabelecido um processo padronizado de notificação e análise dos eventos. O processo de padronização estabeleceu um formulário que foi chamado de Notificação de Evento Adverso, que continha as áreas, os eventos, a quantidade de ocorrência no período, por que o evento ocorreu e quais providências foram tomadas.

O responsável pela área preenche a notificação e envia para a área da Acreditação que tabula as informações e apresenta os resultados, em forma de gráfico de Pareto, na reunião de Análise Crítica do Desempenho da Unidade.

Com a implementação da versão do Manual 2008, novos conceitos surgiram. O grupo desenvolveu dois formulários diferenciados, agora chamados de Notificação de Evento Adverso e Notificação de Falha. Realizamos uma revisão dos eventos e implementamos o processo de análise da causa raiz, associado aos eventos sentinelas.

Todo o processo de gerenciamento é coordenado pela área da Acreditação e seus resultados são analisados pela Direção da unidade.

Essa atividade já possui pelo menos dois ciclos de melhoria (2007 e 2008) e observamos que as áreas notificadoras aderiram plenamente à ideia de notificar para identificarmos oportunidades de melhoria.

T00040 - IMPACTO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EM INDICADORES DE PERFORMANCE HOSPITALAR – RELATO DE EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL-PILOTO NO REINO UNIDO

Autor: ANDREA PAIM TOURINHO DANTAS

Resumo: A difusão da Tecnologia de Informação (TI) em Saúde enfrenta diversas barreiras tais como a falta de investimento, dificuldade em se definir os elementos principais de um prontuário eletrônico único e resistência às mudanças das práticas médico-administrativas correntes. O Reino Unido vem realizando a implementação de TI nos hospitais do país e resultados preliminares de um dos hospitais-piloto serão discutidos neste relato.

Palavras-chave: TI, prontuário eletrônico, transformação clínica, benefícios, indicadores, performance

Introdução: Em 2005 foi criada a Agência Nacional Inglesa para implementação de TI. Os benefícios almeçados pelo projeto foram baseados nas metas de performance estipuladas pelo Sistema Nacional de Saúde Inglês. O sucesso da implementação de sistemas de TI em Saúde se baseia no pilar da transformação clínica, através da qual os processos clínicos são revisados e otimizados e áreas de aumento de eficiência e efetividade são identificadas. Estes novos processos são então configurados nos diferentes softwares disponíveis para implementação.

Metodologia: Foram selecionados dois indicadores de performance para monitoramento antes e após a implementação do prontuário eletrônico em um hospital-piloto em Londres, Reino Unido. Os indicadores são regularmente medidos como parte do processo anual de análise de performance hospitalar. Indicador 1: Porcentagem de pacientes esperando 4 horas ou menos para atendimento no setor de Emergência. Meta: Acima de 98%; Indicador 2: Porcentagem de pacientes esperando mais de 13 semanas por uma consulta ambulatorial. Meta: Abaixo de 0,03%. Limitação: a implementação foi concluída há 6 meses, logo os dados são parciais.

Resultados observados: Dados colhidos 6 meses após a implementação demonstraram: Indicador 1: Foi atingido, pois o software permite uma melhor gestão dos pacientes sendo tratados, otimizando o fluxo de pacientes e aumentando a eficiência do departamento; Indicador 2: Não foi atingido, pois diversos pacientes não foram registrados no sistema no tempo correto. Causas potenciais incluem: treinamento insuficiente dos funcionários responsáveis pelo agendamento, novos processos administrativos inadequadamente comunicados e falta de engajamento administrativo e clínico no projeto. Para lidar com o problema identificado, o hospital contratou 40 funcionários adicionais para auxiliar no agendamento, intensificou sessões de treinamento e a comunicação sobre os novos processos.

Conclusões: A análise detalhada dos processos administrativos e clínicos existentes, com identificação de áreas de ineficiência e documentação das oportunidades de aumento de efetividade, são pré-requisitos essenciais do processo de implementação de TI em Saúde. O processo de transformação clínica inclui a comunicação e treinamento adequados de todos os stakeholders impactados pela introdução do software. Liderança organizacional é decisiva em garantir que os benefícios da implementação sejam plenamente realizados.

T00060- CRITÉRIOS PARA ANÁLISE E LIBERAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS (O.P.M.E.) EM OPERADORA DE SAÚDE.

Autor: RENATA ALMEIDA BARROS HELITO; Co-autores: SIMONE CASARINI ARANTES; CECÍLIA APARECIDA MEROLA FIORINI; HENRIQUE OTI SHINOMATA

Palavras chaves: assistência médica, próteses e implantes, indicadores.

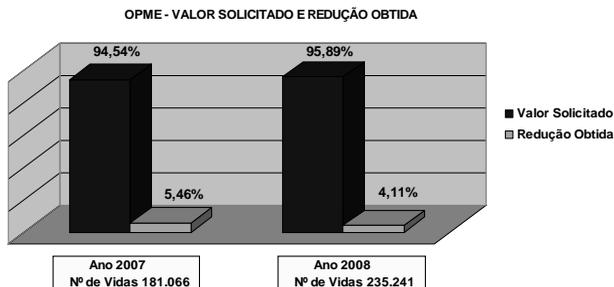
Identificação do problema:

Dificuldades para equacionar os custos crescentes da assistência médica com garantia de um atendimento adequado. Um dos maiores impactos na conta hospitalar são os insumos de O.P.M.E, que representam mais de 10% do total pago com internações hospitalares.

Soluções implantadas:

- Padronização de solicitação de O.P.M.E., relatórios médicos de justificativa.
- Avaliação do médico e enfermeiro - indicação e quantidade de materiais.
- Análise dos registros/rotulagem de produtos na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Atualização baseada em evidências clínicas.
- Contratação de consultorias nas especialidades identificadas como maior custo.
- Negociação direta com fornecedores sempre que as condições locais permitam.
- Exigência de relatórios e exames pós procedimento cirúrgico.
- Negociação das taxas de comercialização contratuais relacionadas ao O.P.M.E.
- Implementação de um ciclo PDCA, com criação de indicadores, acompanhamento e revisão para realização de novas ações.

Resultados obtidos:



T00064- IMPLANTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO E DO GERENCIAMENTO DE RISCO EM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO

Autor: LILIANE BAUER FELDMAN; Co-autores: ROSANA MARIA PONCE VILELA; SONYA MARIA LEANDRINI RIUCUPERO; UELBIA PEREIRA DA SILVA NEVES

Resumo: Apresentou-se o envolvimento dos colaboradores na implantação do programa de qualidade e gerenciamento de risco (GR) num hospital público-SP de 2006-08. Estudo quantitativo com aplicação do questionário de avaliação, antes e após a implantação do processo. Inicialmente a maior dificuldade foi o engajamento do colaborador. Dos 161 questionários devolvidos apenas 20% continham respostas inadequadas sobre GR. 158 fichas de notificação de risco e evento adverso foram preenchidas; 68 notificações da enfermagem, 10 farmácia e 5 da área médica. Muitas ações foram desencadeadas. A instituição recebeu Nível 1 Acreditação, o que fortaleceu a confiança das pessoas e fortaleceu a imagem hospitalar.

Palavras-chave: Garantia da qualidade dos cuidados de saúde, acreditação, avaliação em saúde, segurança, controle do risco, fatores de risco, programas de auto-avaliação, avaliação de danos.

Introdução

O estabelecimento de um convênio com a Municipalidade de São Paulo, em 2006, entre um hospital privado e um hospital público, por meio de sua Secretaria de Saúde, viabilizou a implantação do Programa de Certificação da Qualidade ONA para o Nível 1⁽¹⁾ sendo firmada uma parceria entre as instituições para gestão administrativa focada na qualidade.

A implantação do programa de qualidade na área da saúde visa à melhoria contínua, excelência na prestação dos serviços, e a gestão de risco tem o foco na prevenção de danos e segurança institucional⁽²⁾. Dois temas que incorporam as empresas que pretendem manter-se em um mercado competitivo e estrategicamente direcionadas a essência do seu trabalho que é o cliente/paciente. Buscar as melhores condições no padrão de atendimento referente a estrutura, ao processo e aos resultados institucionais⁽³⁾.

O hospital público 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) e Assistência Médica Ambulatorial (AMA) da região leste da cidade, na realização de exames laboratoriais, radiológicos e ultrassonografia. Sendo que no 1º semestre realizou a média foi de 6.000 atendimentos/mês. O Hospital participa desde 2002 do Programa de Planejamento Familiar realizando a média de 30 vasectomias/mês.

A pesquisa tem como finalidade apresentar dados estatísticos e percentuais da participação dos colaboradores no processo de implantação da acreditação, conhecimento e implementação do gerenciamento de risco. Conhecer o hospital na perspectiva da decisão de desenvolver um programa de qualidade. Contribuir por meio do respectivo estudo, as dificuldades e facilidades desse processo, com o intuito de colaborar e fornecer subsídios para outros serviços de saúde.

Objetivo

Apresentar o conhecimento adquirido e envolvimento dos colaboradores na implantação do processo de qualidade e gerenciamento de risco.

Material e Método

O hospital tem 535 colaboradores com o vínculo CLT, Efetivo, Contrato de Emergência e pela Unifesp, sendo 130 das empresas terceirizados na Higienização, Manutenção, Análises Clínicas, Agência Transfusional, Radiologia, Porteiros, Vigilantes, Processamento de Roupas, Unidade de Alimentação e Nutrição e Voluntariado.

Tipo: A pesquisa é descritiva, exploratória e quantitativa. Foi realizada a análise de conteúdo das respostas do questionário segundo Bardin.

Coleta de dados e instrumento: O questionário foi construído por meio de dúvidas frequentes dos colaboradores e do recebimento das notificações com preenchimento indevido em 2007. O questionário foi aplicado a 600 colaboradores independente do vínculo com o hospital em 2008, contendo 03 (três) perguntas abertas voltadas para o conhecimento e entendimento do programa de qualidade desenvolvido anteriormente na instituição, 01 pergunta fechada quanto a acreditação e 07 perguntas contendo exemplos relacionado ao gerenciamento de risco.

Termo de Consentimento: A aplicação do questionário/estudo foi autorizada por meio do consentimento da diretoria técnica, clínica e das comissões de ética médica e enfermagem.

Tratamento dos dados: Os dados foram apresentados em gráficos e tabelas para facilitar a compreensão e tabulação dos resultados.

Discussão e Resultados

O questionário elaborado foi entregue a 535 colaboradores.

O questionário conteve 7 perguntas sobre qualidade, acreditação e gerenciamento de riscos: As perguntas foram;

- 1- Na sua opinião, qual seria a importância e as vantagens de ser um hospital acreditado.
- 2-Como você entende o processo de qualidade nesse hospital.
- 3-Cite algumas melhorias realizadas no hospital após a implantação do programa de qualidade.
- 4 – Você gerencia o risco durante o desempenho das suas atividades? () Sim () Não. Como?
- 5 – Dê um exemplo de cada risco abaixo:

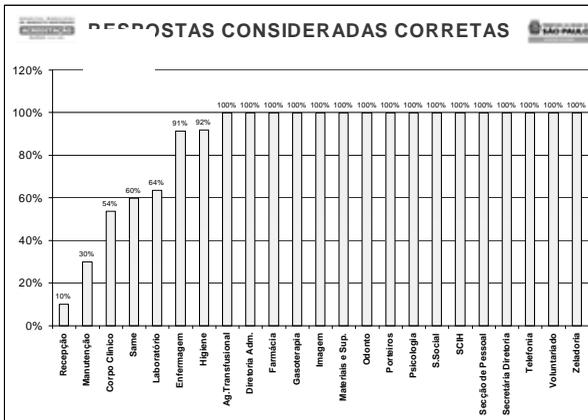
Assistencial, Ambiental, Institucional, Responsabilidade Civil, Sanitário, Ocupacional, Biossegurança.

Foram devolvidos 161 questionários, a primeira parte do questionário abordou a opinião dos colaboradores quanto ao processo de qualidade do hospital e melhorias realizadas após a implantação do programa em 2007. O resultado foi considerado positivo pois existe entendimento, conforme as respostas apresentadas e, reconhecimento de mudanças que ocorreram. Os pontos fortes destacados foram: padronização das atividades (instruções de trabalho); reforma; trabalhos desenvolvidos pela educação continuada-enfermagem; treinamentos da qualidade; melhoria da área de observação da psiquiatria; implantação do orientador de público; organização dos setores; diminuição de pacientes nos corredores; colocação de cortinas para divisão dos leitos; local específico para conforto dos pais.

A maior dificuldade inicialmente identificada foi o comprometimento de cada colaborador no programa. Com o passar dos dias e aos poucos, a integração começou a existir entre as pessoas, entre as respectivas áreas e nos processos de trabalho.

Do total de questionários respondidos, 80% estavam com as respostas corretas e 20% com respostas inadequadas, conforme a tabela 1.

Tabela 1a - Devolutiva positiva do questionário referente às perguntas 04 e 05, do programa de gerenciamento de risco. São Paulo, 2009.



Acreditamos na necessidade de realizar uma reorientação, pois ainda existem dúvidas sobre o tema, diferente de quando iniciamos o processo de sensibilização e treinamento quando os colaboradores tinham desconhecimento sobre acreditação e riscos hospitalares, de acordo com perguntas de outro questionário aplicado anteriormente no início do programa.

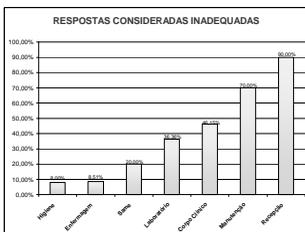


Tabela 1b - Devolutiva negativa do questionário referente às perguntas 04 e 05 do programa de gerenciamento de risco, classificadas por área. São Paulo, 2009.

Outra dificuldade foi o retorno parcial dos questionários entregues. A intenção é realizar uma nova etapa de ação educativa e incentivar a participação dos colaboradores no engajamento e preenchimento do questionário de avaliação, como uma das formas para mensurar o trabalho da coordenação da qualidade e da gerencia de risco, no hospital; por meio da capacitação e aprendizado desses temas.

Quanto às notificações sobre gerenciamento de risco, de fatores potenciais de risco e eventos adversos ocorridos, houve um total de 158 fichas recebidas e encaminhadas para a coordenação do gerenciamento de risco e qualidade.

Fatores potenciais de risco, que tem a probabilidade de gerar danos foram 51 e eventos adversos relatados foram 107; computados de abril a outubro de 2008.

Dos eventos adversos, 68 notificações foram relacionadas à enfermagem, 10 farmácia 5 da área médica, 4 circulação, 1 nutrição (Assistencial-Administrativa); 8 estrutura predial, materiais e equipamentos, 4 apoio e logística (Infra-estrutura), 7 segurança, fuga de paciente, não uso de crachá e uso de cigarro em local proibido; apresentados na tabela 2 e 3.

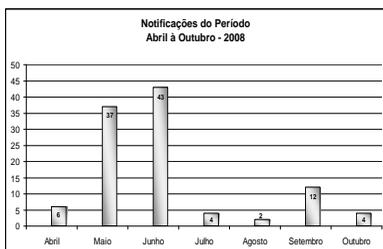


Tabela 2 – Eventos adversos notificados de abril a outubro de 2008. São Paulo, 2009.

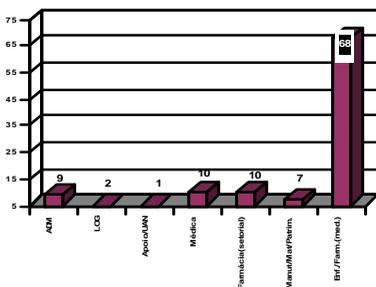


Tabela 3 – Eventos adversos notificados por área. São Paulo, 2009.

Algumas ações foram implantadas imediatamente frente às notificações, e outras posteriormente.

Para cada notificação recebida, um plano de ação foi desencadeado.

Entre os planos de ações foram realizados; elaboração de impresso para sobra de medicamento, criação de cartazes para divulgação do gerenciamento de risco, orientação aos colaboradores por área referente aos eventos, reposição de materiais e consertos realizados, a readequação da ficha de notificação para especificar criteriosamente os eventos e a tomada de ação em menor tempo, a interdição do centro cirúrgico com suspensão das cirurgias por conta da inundação do telhado devido a uma pipa bloquear o ralo, fazendo com que a água adentrasse o centro-cirúrgico e contaminasse também materiais esterilizados através da janela; portanto, foi replanejada a limpeza do telhado em curto intervalo de dias e principalmente nos meses de chuvas intensas.

Além disso, por meio da tabulação do questionário, foram desencadeadas ações para elaboração do planejamento estratégico do gerenciamento de risco, quanto a palestras de incentivo - motivação das áreas que não retomaram o questionário preenchido; e treinamento conceitual - reciclagem em acreditação, qualidade e riscos para os setores que não atingiram 100% de respostas consideradas corretas de acordo com o Manual de Acreditação de Estabelecimento Assistenciais de Saúde-ONA, versão 2006.

Conclusão

O programa de qualidade implantado a partir de 2006, transformou o hospital publico nos aspectos de infra-estrutura e processos de trabalho. Ao término da implantação o hospital recebeu como resultado, a certificação nível 1 concedido pela Organização Nacional de Acreditação – ONA.

Na implantação do programa de qualidade e gerenciamento de risco 90% dos colaboradores do total de 535, estiveram presentes nas palestras de capacitação e treinamento.

A nossa percepção, em vista das respostas certas do questionário, participação nas aulas e envolvimento diário do colaborador no hospital, considerou que houve um excelente aproveitamento e engajamento da maioria, nesse projeto.

Em alguns encontros, reuniões e treinamentos houve algumas pessoas resistentes ao processo, exceções de colaboradores alegando desmotivação e descrédito pessoal e institucional. Contudo, a união das equipes preponderou e aos poucos muitos resistentes foram contagiados pelo grupo.

Ainda há sim algumas pessoas que “não estão nem aí” e “acham que nada vai mudar”. Haja vista que estão empregadas num serviço público, sentem-se acomodadas com essa cultura, pois tem a certeza de que não serão demitidas do local de trabalho. Caso estivessem lotadas em algum hospital privado, muito provavelmente com essa postura, seriam excluídas, ou seja demitidas da instituição.

O hospital foi consagrado no aprimoramento dos serviços médico-hospitalares como um processo contínuo de melhoria, conquistado a partir do desempenho dos recursos humanos; condições adequadas dos equipamentos e instalações; melhoria da gestão organizacional e desenvolvimento da segurança para os pacientes, colaboradores e visitantes prevenindo danos no âmbito assistencial, de responsabilidade civil, institucional e quanto ao meio ambiente.

Considerações Finais

Uma facilidade que corrobora com a implantação mais rápida do programa de qualidade e da gestão de risco é a competência individual, e a iniciativa coletiva no estabelecimento das ações corretivas, preventivas, de contingência e de melhoria contínua.

O programa de certificação da qualidade fortalece a imagem hospitalar aumentando o grau de confiança dos clientes e da comunidade; além disso disponibiliza momentos para aquisição de conhecimento e aprimoramento das pessoas durante o processo.

Foi um trabalho apoiado por consultores e especialistas externos, mas essencialmente desenvolvido com o engajamento e determinação dos colaboradores e equipes de trabalho do hospital.

Referências bibliográficas

1. Organização Nacional de Acreditação. Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde: versão 2006. Brasília: ONA, 2006. V. 1. 203 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação). ISBN 8572382372.
2. Feldman LB (organizadora). Gestão de risco e segurança hospitalar. Prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. Martinari: São Paulo; 2008. p.376.
3. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1999.

T00245 - IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE MONITORAMENTO DAS NOTIFICAÇÕES DA ÁREA DE TECNOLÓGIA DO PROJETO

Autor: SILVANA ANDREA MOLINA LIMA; Co-autores: ELISANGELA MANTAI; MARIANA BORGES PORFÍRIO; ANDREIA CRISTINA PASSARONI

Palavras Chave: notificações, gerenciamento, risco, monitoramento

O Projeto Hospitais Sentinela (PHS) foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com hospitais de grande porte, distribuídos em todo o país. Tem a finalidade de ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviço de saúde, garantindo segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB/UNESP) faz parte da rede de Hospitais Sentinela desde 2002, atuando nas quatro áreas: Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Saneantes. A área de tecnovigilância da ANVISA vem implementando metas e ações para garantir a segurança sanitária de produtos para saúde, tais como: equipamentos, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico, por meio de notificações de suspeitas de queixas técnicas e eventos adversos. O presente trabalho teve como objetivo relatar a experiência da elaboração e implantação de uma ficha de monitoramento das notificações da área de Tecnovigilância do PHS – HC-FMB/UNESP. A partir da análise retrospectiva das notificações da área de Tecnovigilância foi desenvolvida uma ficha de monitoramento com a finalidade de aumentar o número e melhorar a qualidade das notificações recebidas pelo PHS – HC-FMB/UNESP. A ficha de monitoramento foi implantada em janeiro de 2008 e é composta por dados de identificação do produto (nome, marca, lote, descrição da ocorrência e as unidades do HC que apresentaram problemas com determinado produto). Para cada notificação encaminhada ao PHS – HC – FMB/UNESP, por busca ativa ou espontânea, as bolsistas estagiárias realizam o sistema de monitoramento nas unidades do HC e, após este procedimento, encaminham ao enfermeiro responsável da área de Tecnovigilância para análise e posterior notificação à ANVISA e medidas preventivas e corretivas no serviço. Considera-se Notificação Espontânea aquela realizada pelos profissionais de saúde e encaminhada diretamente ao PHS e Busca Ativa aquela obtida em visitas semanais, realizadas nas Unidades do HC-FMB/UNESP por bolsistas do PHS (alunos do curso de graduação em Enfermagem). Após a implantação da ficha de monitoramento, observou-se que houve um aumento de 62,4% de notificações da área de Tecnovigilância no ano de 2008 quando comparado com os dados do mesmo período de 2007. Além disso, verificou-se também maior qualidade das informações para o desenvolvimento das atividades de notificação do PHS, contribuindo assim para o monitoramento dos produtos de saúde. A implantação da ficha de monitoramento contribuiu para aumentar e melhorar a qualidade da prática das notificações em Tecnovigilância pelos profissionais da saúde e garantir maior segurança aos pacientes.

T00247 - GERENCIAMENTO DE RISCO DO PROJETO HOSPITAIS SENTINELA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Autor: SILVANA ANDREA MOLINA LIMA; Co-autores: MARCELO APARECIDO FERRAZ DE LIMA; FLAVIA APARECIDA TOLEDO SILVA

Palavras Chave: notificações, gerenciamento, risco, monitoramento

Em 2001, a ANVISA criou e implementou o Projeto Hospitais Sentinela (PHS), que compreende uma rede integrada de hospitais terciários distribuída em todo o território nacional, com o objetivo de obter informações qualificadas a respeito do desempenho dos produtos de saúde usados no país, garantindo assim maior qualidade e segurança aos pacientes e aos profissionais da área da saúde. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB/UNESP) faz parte da rede de Hospitais Sentinela desde 2001, atuando nas quatro áreas: Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Saneantes. O presente trabalho teve como objetivo analisar as notificações realizadas pelo gerenciamento de risco do PHS – HC-FMB/UNESP no período de 2003 a 2008. Foi realizado um levantamento retrospectivo das notificações, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2008, a partir do banco de dados da Gerência de Risco Sanitário Hospitalar do PHS-HC-FMB. Foi considerada Notificação Espontânea aquela realizada pelos profissionais de saúde e encaminhada diretamente ao PHS e Busca Ativa aquela obtida em visitas semanais, realizadas nas Unidades do HC/FMB/UNESP por bolsistas do PHS-alunos do curso de graduação em Enfermagem. Após análise dos dados, verificou-se que no período de 2003 a 2008, a Gerência de Risco do PHS realizou 1144 notificações à ANVISA, das quais 55,42% (634) referem-se a Tecnovigilância, 24,73% (283) a Farmacovigilância, 19,23% (220) a Hemovigilância e 0,62% (7) a Saneantes. Pode-se observar o aumento gradativo das notificações pelos profissionais do HC/FMB ao longo dos anos. Este fato pode ser explicado pela atuação do PHS-Botucatu por meio de ações educativas, treinamentos, atividades de bolsistas estagiárias que realizam as buscas ativas nas unidades do HC e implantação de ficha de monitoramento das notificações, que além de aumentar o número de notificações, melhorou a qualidade das mesmas. Conclui-se que a prática de notificação na área de vigilância sanitária pós-comercialização por meio do gerenciamento de risco do PHS vem se desenvolvendo gradativamente e esse processo vem se consolidando com atitudes de profissionais responsáveis e comprometidos com o sistema, oferecendo assim, maiores informações para melhor regulamentação do mercado brasileiro. Além disso, o gerenciamento de risco permite maior qualidade dos produtos de saúde e maior segurança aos pacientes e profissionais de saúde.

T00003 - PERFIL SAÚDE: UM METODO PARA MAPEAMENTO DA POPULAÇÃO NAS EMPRESAS.

Autores: SILVIA MARIA RIBEIRO OYAMA; Co-autores: RENATA TRINDADE MONTEIRO; CAIO SEIXAS SOARES; RODERICK BELTRAO WILSON

Introdução: Atualmente já estão comprovados os benefícios dos programas de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. No âmbito empresarial pode-se atuar em diversas áreas, desde a promoção de saúde com o estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como prática de atividades físicas, controle do peso e tabagismo, até o acompanhamento de portadores de doenças crônicas, como os programas de gerenciamento de crônicos. Justificativa: Para planejar um programa de qualidade de vida adequado para uma empresa, é necessário conhecer as suas necessidades e particularidades.

Objetivo: Apresentar método de elaboração do perfil de saúde. Método: A identificação do perfil da população da empresa é realizada através da aplicação de um questionário para todos os funcionários, onde são abordados algumas características epidemiológicas, tais como: estado de saúde, identificação de comportamentos de riscos para desenvolvimento de doenças crônicas (tabagismo, sedentarismo, obesidade, estresse), frequência da realização de exames preventivos, vacinas, entre outros. As respostas do questionário são em múltipla escolha. O preenchimento pode ser realizado pela internet ou meio físico (papel). Após o recebimento dos questionários, os dados são colocados em sistema, possibilitando análise dos dados para elaboração do relatório gerencial. Neste relatório, é possível direcionar as ações prioritárias na empresa, identificando suas reais necessidades e consequentemente maximizando os custos com programas de qualidade de vida. Resultado: A metodologia descrita tem se mostrado uma ferramenta eficaz no direcionamento dos programas de qualidade de vida nas empresas, proporcionando um diagnóstico da população, possibilitando implementar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

T00011 - PRÁTICA AMBULATORIAL MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Autor: DAIANE DA SILVA OLIVEIRA; Co-autores: MARILIA MARIA CARVALHO MESQUITA; ANNA PAULA BISE VIEGAS; MILENA DOS REIS BEZERRA DE SOUZA

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Terminalidade, Equipe Multiprofissional, Cuidado Ambulatorial.

Identificação do problema: Com o envelhecimento da população, há um aumento de doenças crônico-degenerativas que demandam atendimento específico para cuidados paliativos. Esse atendimento é muitas vezes deficitário, seja pela falta de profissionais especializados em cuidados paliativos, seja pela própria cultura da medicina ocidental que vê a falta de perspectiva de tratamento curativo como um fracasso terapêutico, sem se importar com a qualidade de vida que se pode proporcionar ao paciente em terminalidade. O presente trabalho visa descrever a prática de um grupo multiprofissional especializado no atendimento e acompanhamento de pacientes sem perspectiva prognóstica ou de tratamento curativo num hospital público de nível terciário da cidade de São Paulo.

Solução implantada: A criação, em 1995, de um ambulatório de Cuidados Paliativos para atender a demanda existente dentro deste hospital. Nestes 14 anos, a prática foi continuamente refinada, merecendo destaque: a grande especialização dos profissionais no atendimento deste perfil de paciente, com atendimento sistematizado totalmente voltado para a qualidade e o bem-estar do paciente em fase de terminalidade. O paciente, que geralmente é acamado e/ou possui dificuldade de locomoção, permanece numa sala e a equipe multiprofissional se rodizia no atendimento daquele, mostrando que a prática é centrada no paciente. O atendimento, que começou com apenas com um médico, uma enfermeira e duas assistentes sociais, hoje conta com o atendimento médico, psicológico, farmacêutico, odontológico e de serviço social. Há um acompanhamento psicológico dos cuidadores e familiares, além de orientações pós-óbito. Cada

caso é discutido individualmente por todos os profissionais, dando uma visão holística do paciente e conferindo condutas alinhadas entre todos os profissionais que o acompanham.

Desde 2005, a prática enfatiza o ensino e a pesquisa, sendo conduzida por residentes de clínica médica e geriatria e os profissionais colaboram cientificamente na disseminação do conhecimento em cuidados paliativos, através de produção de artigos científicos e participações em congressos.

Metodologia: foi realizado um acompanhamento das atividades multiprofissionais do ambulatório, além de um levantamento dos prontuários com análise epidemiológica e entrevista com os profissionais de saúde.

Resultados obtidos: foi realizada uma análise dos sintomas dos pacientes antes e após o acompanhamento no ambulatório. 82% dos pacientes que chegaram ao ambulatório relatavam dor e 53% depressão. Após o acompanhamento ambulatorial, houve uma redução de 89% dos sintomas de dor e 81% dos sintomas depressivos.

T00017- IMPLANTAÇÃO DE UMA CENTRAL DE GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS DE SUPORTE AVANÇADO DA VIDA

Autor: IRLA ABADIA PEREIRA; Co-autores; MARIA ISABEL SAMPAIO CARMAGNANI

Palavras-chave: Equipamentos Médico-hospitalares, Gestão de Equipamentos, Central de Equipamentos.

Identificação do problema: Falta de controle sobre o uso e manutenção de equipamentos de suporte avançado da vida, que levava aos seguintes problemas: falta de equipamentos em algumas unidades e ociosidade dos mesmos em outras unidades; indisponibilidade do equipamento por falta de acessórios adequados para seu funcionamento; ausência de manutenção preventiva; heterogeneidade do parque e quebras por mau uso; ausência de normas e rotinas para uso e manutenção; ausência de inventário.

Solução Implantada: decidiu-se instituir uma central de gestão dos equipamentos, que passou a retirar os equipamentos das unidades, a cadastrar os equipamentos, realizar limpeza e colocação de acessórios adequados e treinar usuários para o correto manuseio dos equipamentos, registrar os empréstimos dos mesmos, que passaram então ser disponibilizados aos pacientes somente se estivessem em perfeito estado de funcionamento, também ficou a cargo dessa unidade a gestão do estoque de acessórios para os equipamentos sob sua supervisão e o desenvolvimento de um aplicativo para auxiliar a gestão de empréstimos e manutenção desses ativos. A central de equipamentos por sua capilaridade institucional passou também a apontar as principais carências relativas aos equipamentos. A coordenação do serviço ganhou assento no grupo multidisciplinar que decide as prioridades e aprova marcas e modelos de equipamentos a se adquirir.

Resultados Obtidos: Devido à falta de dados do período que antecedeu a implantação da central, não foi possível comparar o antes com o depois, no entanto a rastreabilidade permitiu: a obtenção da quantidade de equipamentos; desativar equipamentos que já não mais reuniam condições de uso; verificar o número e os motivos de pedidos de empréstimos; implantar regras de manutenção, uso e limpeza dos equipamentos; treinar usuários das unidades em que o mau-uso tinha índices altos. Essas ações possibilitaram o dimensionamento do parque de equipamentos, otimizaram a compra de acessórios, diminuíram as queixas por falta de insumos, quase erradicaram as quebras por mau-uso, aumentaram a segurança de pacientes e profissionais, levando à melhor aplicação dos recursos.

T00027 - IMPLANTAÇÃO DE UM GUIA DE VISITA MULTIDISCIPLINAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: FAST HUG

Autor: MIRELA BORGES

Palavras-chave: Visita multidisciplinar; Comunicação na UTI ; Interdisciplinaridade; FAST HUG.

A busca da qualidade no atendimento tem sido cada vez mais pesquisada, reforçando a necessidade de procedimentos padrões, protocolos e políticas norteadoras para o gerenciamento da unidade. Dessa maneira, a busca da qualidade está relacionada também com procedimentos mais seguros e eficientes, protocolos, ações padronizadas e comunicação eficaz.

A Unidade de Terapia Intensiva não é um ambiente propício à comunicação eficaz devido à sobrecarga de funções por parte da equipe, ao barulho, alarques, contato com pacientes graves, dor, morte, e situações inesperadas. Todos estes fatores dificultam a comunicação junto à equipe interdisciplinar, o que se constitui obstáculo à melhoria da qualidade do cuidado.

Visando buscar a interdisciplinaridade para melhoria da comunicação e qualidade no atendimento, foi implantado em janeiro deste ano na UTI, a visita multidisciplinar diária a beira do leito. Nesta visita participam profissionais Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e Farmacêuticos. A metodologia implantada para a checagem dos cuidados diários do paciente foi um check-list FAST HUG (Vincent, 2005). O FAST HUG (abraço rápido) é um acrônimo de itens a serem diariamente checados à beira de leito, podendo passar despercebidos em meio a intervenções específicas.

Elementos do "FAST HUG" diário

F – Feeding: O paciente recebe dieta? Em que volume?

A – Analgesia: O paciente sente dor?

S – Sedation: O paciente está bem sedado? Foi realizada a interrupção diária do sedativo?

T–Thromboembolic prevention: É recomendado o uso de heparina de baixo peso molecular ou outros recursos mecânicos?

H – Head of the bed elevated: A cabeça está elevada no mínimo 30 graus?

U - Stress Ulcer prophylaxis: O paciente está com proteção de mucosa gástrica?

G - Glucose control: Controle glicêmico adequado?

Vincent JL. Give your patient a fast hug (at least) once a day. CCM, 2005; 33: 1225-1229

Através desta visita são tomadas ou modificadas condutas para otimizar a assistência ao paciente e registradas em impresso próprio que faz parte do prontuário do paciente.

O monitoramento destas ações é feito através da evolução do paciente.

Podemos dizer que na opinião dos profissionais da UTI já se percebe uma melhoria no processo de comunicação e consequentemente na qualidade de atendimento ao paciente.

T00030 - G.A-GESTÃO DA ASSISTÊNCIA E DO RISCO - CONTROLE DOS RISCOS – NOTIFICAÇÃO

Autor: ALINE SOUSA ROSO; Co-autores: ANA PAULA OLIVEIRA; KATIA ALVES DE CAMPOS

Introdução:

Nas áreas de assistência à saúde, o trabalho em equipes interdisciplinares e a ideia de clientes consumidores de determinados produtos que deverão ser oferecidos com qualidade, têm sido apontados como fundamentais dentro dos atuais cenários tecnológicos e profissionais, trazendo transformações paradigmáticas. (1)



O pressuposto de que, garantida a qualificação de cada grupo profissional, a qualidade do produto final estará completamente garantida revela-se falso; ainda que a premissa acima seja imprescindível para um resultado de alto padrão. Contudo, a qualidade final dos serviços prestados depende de uma química mais complexa, cuja base relaciona-se com as diferentes equipes e sua competência geral e comunicativa. (1)

A gerência do cotidiano passa por enfermeiros, médicos e supervisores de diferentes áreas tais como: farmacêutica, de apoio diagnóstico e terapêutico, manutenção de equipamentos, entre outros. O bom funcionamento da assistência (produto final da instituição Hospital), depende de produtos intermediários (fluxos de insumos, higiene, exames complementares, contatos com a família, nutrição, etc.), que devem responder a alguns critérios fundamentais e combinados, os quais poderiam ser traduzidos nas seis exigências dos clientes em relação aos fornecedores: qualidade, serviço, custo, tempos de resposta, variabilidade e flexibilidade (Shoenberguer e Knod Jr.,1999). A melhoria da qualidade é a redução contínua dos riscos para os pacientes e o corpo profissional. Estes riscos podem ser encontrados nos processos clínicos e no meio ambiente, portanto a abordagem por processos prevê o monitoramento de eventos inesperados (administração de risco) e o uso de recursos (gerenciamento de recursos). (1)

Os processos operacionais, mesmo os mais simples impactam o funcionamento do Hospital e interferem na qualidade dos produtos. Uma etapa importante após a identificação do processo ou procedimento relevante, é a focalização dos pontos de risco. (1)

Sendo assim o Escritório da Qualidade e a Gerencia de Enfermagem vem trabalhando o controle, gerenciamento dos riscos gerados na Instituição seja ele Riscos Administrativo ou Assistencial.

Objetivo:

- Diminuir a probabilidade da ocorrência de falhas, atuais ou potenciais, em processos;
- Aumentar a confiabilidade dos processos já em operação por meio da análise das falhas que já ocorreram;
- Diminuir os riscos de erros e aumentar a qualidade em procedimentos clínicos e administrativos.

Método:

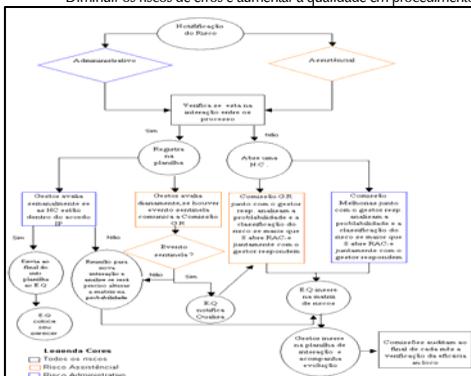
Tanto nos riscos classificados como Administrativos e Assistências seguem fluxo abaixo para notificação e controle dos mesmos.

Resultado:

Controle de 95% dos riscos gerados na Instituição pró ativamente e a garantia de notificação eficaz de novos riscos detectado pela fácil maneira notificação.

Conclusão:

Podemos concluir que o gerenciamento de riscos só terá um resultado satisfatório com responsabilidade e participação de todos os colaboradores da instituição. Ficando claro a todos suas funções e responsabilidades para que o processo seja efetivo e eficaz.



T00031 - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DOS HOSPITAIS DE EXCELENCIA E O MINISTERIO DA SAÚDE : PARCERIA INOVADORA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Autor: JULIANA CARRIJO MELO; Co-autores: ELIANA DE SOUZA SARDEIRO; ELFA MARIA G. MEINECKE; KARLA LARICA WANDERLEY

O SUS dá um importante passo para a qualificação de seus serviços, como o objetivo de atender os cidadãos com mais agilidade, eficiência e humanização.

O estabelecimento de um vínculo formal de seis hospitais privados, que possuem notório reconhecimento nacional e internacional, com o SUS permitirá a transferência de conhecimentos especializados e experiência de gestão. Os termos de ajustes assinados por esses hospitais filantrópicos refletirão diretamente na melhoria da assistência da rede pública e de saúde.

A medida envolve a incorporação de novas tecnologias, capacitação profissional, pesquisas científicas, consultorias na área de gestão e humanização dos serviços. Um amplo leque de colaborações, pela qual a sociedade será a mais beneficiada.

Os projetos a serem desenvolvidos por essas instituições impactarão direta e positivamente na assistência em áreas como cardiologia, urgência e emergência, saúde materno infantil, transplantes, hematologia, hemoterapia e outros.

No que se refere a melhoria da gestão assistencial, ao mesmo tempo, otimizará a aplicação dos recursos financeiros do SUS e ampliará, com qualidade, o acesso dos cidadãos aos serviços.

O trabalho desses hospitais se soma ao grande esforço que as instâncias estaduais e municipais do SUS, mesmo com suas limitações estruturais e financeiras, promovem para garantir um atendimento universal, integral e equânime aos pacientes, como preconiza a Constituição Federal. Por meio da assinatura dos termos de ajuste, o valor dos investimentos previstos equivale a totalidade da isenção de contribuições sociais de que gozam os hospitais.

Outro resultado desta ação é a maior transparência sobre a atuação das entidades filantrópicas, uma vez que os projetos serão avaliados sistematicamente pelo Ministério da Saúde.

Esse acompanhamento será feito pro meio de auditorias e outros instrumentos de controle. Os hospitais têm o dever de explicitar as metas quantitativas e qualitativas e demonstrar a evolução dos trabalhos.

O SUS dá mais um passo para atender adequadamente as demandas da sociedade e incorporar o trabalho das instituições como o Hospital Israelita Albert Einstein, HCor, Oswaldo Cruz, Samaritano, Sírio Libanês e Moinhos de Vento.

Espera-se com este trabalho mostrar o processo de parceria entre o Ministério da Saúde e estes hospitais citados acima.

T00034 - PROJETO ACREDITAR : PIONEIRISMO EM ACREDITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Autor: DIENE KELI ASSUNÇÃO DOS SANTOS; Co-autores: ELIANA DE SOUZA ALVIM; CELIA MARIA PINHEIRO

Palavra Chave: Qualidade, Acreditação, Atenção Primária em Saúde

O pioneirismo é uma característica da Instituição Casa de Saúde Santa Marcelina, que inova com o Projeto Acreditar iniciou em fevereiro de 2008 e visa certificar a Qualidade de treze unidades da Organização Social Cidade Tiradentes e Guaianases, pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG). O contrato com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo permite o gerenciamento de 8 unidades com Estratégia de Saúde da Família, 2 unidades de Assistência Médicas Ambulatoriais (AMA) e 4 unidades sem Estratégia de Saúde da Família e os processos da Coordenação de Atenção Primária em Saúde. Metodologia: O projeto prevê etapas 1-Conhecimento e Avaliação Diagnóstica do Sistema, 2- Capacitação e Conscientização dos Gestores, 3- Treinamento e Capacitação dos Multiplicadores, 4- Definição das Metas e Métodos, 5- Metodologia de Análise e Solução de Problemas, 6-Estruturação do Sistema de Controle e Monitoramento dos Processos e 7- Ajustes do Sistema. Resultados: Na primeira fase do projeto foram identificadas um total de 2169 não conformidades. Na segunda e terceira fase foram capacitados 86 Gestores de nível Central e 27 Gestores de Unidades, além de 158 colaboradores das unidades do projeto. A quarta fase é considerada a mais desafiadora, pois se trata de mudança de metodologia de trabalho com mapeamento de processos e elaboração de Diretrizes institucionais, definição de competências de setores de Coordenação APS, Estruturação de Cadeia de Processos das Unidades e elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) dos setores pelos próprios colaboradores que executam. A fase de evidenciar a constatação de não conformidades ocorre em Janeiro através de um ciclo de visitas as unidades locais realizadas pelo grupo técnico multiprofissional da Coordenação para a avaliação de não conformidades corrigidas e para definir plano de ação de apoio as equipes. Ao final de Janeiro as 13 unidades do Projeto estavam com média de 30% das não conformidades corrigidas, observando que ainda permanecem as relacionadas a Estrutura Física e Manutenção, com plano de ação para correção em 60 dias. Consideram-se fatores comportamentais que desaceleram o processo; como mudança cultural e quebras de paradigmas, maturidade de colaboradores e adesão a um sistema baseado em evidências, educação continuada e resultados com indicadores de Qualidade e que essencialmente necessita de mudança na Política Institucional prevista para este ano.

T00035- O PROCESSO DE ATENDIMENTO NA QUALIDADE DE ATENÇÃO DO ACIDENTE BIOLÓGICO

Autor: DENILSON DE OLIVEIRA REIS; Co-autor: JULIANA WANG LIN

Palavras chaves: Acidente biológico, análise de risco, transmissão ocupacional, HIV

Introdução: Os estudos do risco de transmissão ocupacional do HIV por acidentes percutâneos em profissionais de saúde demonstraram que as variáveis associadas ao aumento do risco são: a profundidade da lesão, a presença de sangue no dispositivo causador, o uso prévio de agulha na veia ou artéria do paciente e paciente fonte com AIDS em fase terminal. Estes estudos também apontaram decréscimo do risco em até 80% com o uso da zidovudina após o acidente. Quando indicada, a profilaxia deve ser iniciada o mais precoce possível, idealmente nas primeiras duas horas após o acidente. Identificação do Problema: Na avaliação do programa foi detectado, através

de registros do laboratório e das fichas de investigação dos acidentes, que o atendimento médico e a solicitação do teste rápido para HIV do paciente fonte ultrapassava o tempo ideal para instituição da profilaxia quando necessária. Muitas vezes em decorrência da dinâmica de trabalho dos setores assistenciais, ou devido ao tempo de espera para o atendimento médico no Pronto Socorro em horários não comerciais. Solução Implantada e Metodologia: O SESMT propôs a descentralização do primeiro atendimento ao acidente biológico, através da inclusão do enfermeiro dos setores onde ocorreu o acidente no fluxo de atenção ao acidentado, prestando o primeiro acolhimento que inclui a realização da análise de risco e a solicitação do teste rápido de HIV do paciente fonte. Foram realizados treinamentos com os enfermeiros dos setores assistenciais, entre julho de 2006 e janeiro de 2007, que abordaram: Os estudos de risco de transmissão ocupacional, como realizar a análise de risco e o novo fluxo de atenção. O enfermeiro do setor passou a ser responsável pela primeira abordagem do acidente. Após a análise de risco, dos devidos esclarecimentos ao paciente fonte e somente após sua autorização, este solicita o teste rápido para HIV do paciente fonte e acolhe o funcionário em suas dúvidas. As sorologias para Hepatite B e C são solicitadas pelo médico assistente. Se o teste rápido é negativo o funcionário é encaminhado para o SESMT no primeiro dia útil para prosseguimento do Protocolo de Atendimento ao Acidente Biológico, se positivo o funcionário é imediatamente encaminhado para atendimento médico no Pronto Socorro e conduta pertinente. Resultados: Após a inclusão do enfermeiro no fluxo verificou-se uma melhora significativa no tempo de atendimento ao acidentado. No período a mudança do fluxo; de janeiro a junho de 2006 apenas 50% dos acidentes foram atendidos em até 30 minutos, 20% entre 60 a 120 minutos e o restante acima de 120 minutos. Com a inclusão do enfermeiro; de julho a dezembro de 2006, 88,5% dos acidentados foram atendidos em até 30 minutos. De janeiro a julho de 2007, 100% dos acidentados foram atendidos nos primeiros trinta minutos após o acidente. Conclusão. A inclusão do enfermeiro no fluxo de atenção ao acidente biológico mostrou ser uma solução eficaz na diminuição do tempo para atendimento, melhora na qualidade da atenção e análise de risco do acidente biológico e a gestão da segurança ocupacional.

T00041 - PROCESSO DE ENFERMAGEM NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Autor: ANA CAROLINA SIQUEIRA

Palavras – chave: Saúde Mental, CAPS, SAE, Enfermagem.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Itapeva) é um serviço de saúde mental, criado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em maio de 1987. É um local de referência para tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais e cuja gravidade ou persistência da doença justifica sua permanência num local de cuidados intensivos (freqüentam mais de duas vezes na semana) ou semi-intensivos (freqüentam até duas vezes na semana e mais de três vezes/mês). Ao serem acolhidos pelo CAPS, esses usuários recebem um tratamento individualizado, discutido por uma equipe multidisciplinar formada por: médicos psiquiatras, enfermeiros especializados em psiquiatria e saúde mental, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem. A Equipe de Enfermagem, atenta ao cuidado individualizado, e seguindo a obrigatoriedade de aplicar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) desde 2000 (Conselho Regional de Enfermagem - COREN-SP), desenvolveu um modelo que sustenta a demanda desse serviço tão diferente da assistência ambulatorial e hospitalar. A prática da enfermagem apóia-se em uma ampla estrutura teórica chamada Processo de Enfermagem que é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano de uma forma holística. Organiza e direciona o cuidado prestado, servindo como uma metodologia para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões, propiciando prever e avaliar as conseqüências das intervenções. O Processo é formado por seis fases: Histórico e Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição, Evolução e Prognóstico de Enfermagem, segundo Wanda Horta. Em março de 2007 a Organização Social de Saúde (OSS), Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), assumiu a direção do CAPS e a assistência passou por uma série de alterações. Em maio de 2007 foi implantada a SAE e aplicado o primeiro instrumento de enfermagem ligado a esse processo, o Histórico de Enfermagem, dividido em duas partes: Entrevista e Exame Físico, contendo informações como: história da moléstia atual, medicações em uso, consumo de drogas, situação sócio-econômica, antecedentes mórbidos pessoais e familiares, exame físico e avaliação do estado mental. O Histórico de Enfermagem começou a ser aplicado em pacientes que mantinham regime intensivo. A seguir foi elaborado um instrumento para as Anotações de Enfermagem por até 30 dias, monitorando a aceitação da medicação e o estado mental dos pacientes. No verso deste instrumento foram elaborados os Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes, onde o Enfermeiro assinala tipo check list e a Prescrição de Enfermagem, elaborada a partir do Diagnóstico efetuado para aquele paciente, diariamente. Em maio/ 2008, foi alterado o layout do instrumento, elaborou-se metas para solucionar os diagnósticos levantados e o enfermeiro passou a evoluir os pacientes intensivos na folha de Evolução Multidisciplinar. Em outubro/ 2008 ampliaram-se os Diagnósticos de Enfermagem e elaborou-se um sistema de avaliação contínua e iniciou-se a aplicação da SAE também para pacientes em regime semi-intensivo. A partir desse processo, procurou-se adequar cada vez mais a SAE ao perfil do CAPS atingindo, em dezembro de 2008, o total de 111 sistematizações mensais (37% do total de pacientes intensivos e semi-intensivos). Isso tem permitido uma melhor organização da Assistência de Enfermagem e possibilitado um cuidado individualizado aos usuários com demandas mais intensivas.

T00055 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA A PACIENTES HIV/AIDS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO AGENDAMENTO ELETRÔNICO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ATRAVÉS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Autor: CLAUDINEI ALVES SANTANA; Co-autores: DELSA NAGATA; ELIANA BATTAGGIA GUTIERREZ

Palavras-chave: assistência farmacéutica, medicamentos e satisfação do cliente.

Introdução: A assistência farmacéutica deve se pautar pelo uso racional do medicamento. Também colabora para a adesão ao tratamento, fator de extrema importância nos pacientes HIV/AIDS. A dispensação de medicamentos pode ser um indicador importante para

avaliação de sua qualidade. Avaliando a assistência farmacêutica através de relatórios observou-se que elevada parcela de pacientes retirava medicamentos após a data agendada, sendo indicativo de falha na adesão ao tratamento. Objetivo: Aprimorar a rotina de dispensação utilizando o agendamento para retirada de medicamento através do SIGH (Sistema de Informação e Gestão Hospitalar) e utilizar a Avaliação de Satisfação do Cliente como avaliação das ações adotadas. Metodologia: A partir de fevereiro de 2006 iniciou-se o processo de dispensação e agendamento de retorno para as retiradas de medicamentos. Os técnicos de farmácia receberam capacitação para unificar as retiradas das medicações em um único agendamento. Foi adotado o “atendimento priorizado” aos pacientes que comparecem na data agendada para estimular a adesão ao tratamento antiretroviral. Abordagem individual foi adotada em janeiro de 2008 para conscientizar os pacientes sobre a necessidade do comparecimento na data agendada. Resultados: As taxas de pacientes que compareceram nas datas agendadas em 2006, 2007 e 2008, foram respectivamente 39%, 47% e 54%. O tempo de espera para atendimento na farmácia nunca excedeu, em média, 30 minutos. No mesmo período a Avaliação de Satisfação dos Clientes foi de 94,8%, 94,6% e 92% de ótimo/bom.

Conclusão: O treinamento da equipe da farmácia e os esclarecimentos aos pacientes foram os fatores determinantes para o sucesso da implantação do agendamento demonstrado através dos resultados alcançados na taxa de retirada na data agendada e na Avaliação de Satisfação do Cliente.

T00059 - REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA POR HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-2004 A 2007

Autor: CARLOS EDUARDO PEREIRA VEJA; Co-autores: JOSÉ LUIZ DEOLIVEIRA SANTOS; JULIO MAYER DE CASTRO FILHO; CELSO DE MORAES TERRA

Introdução e justificativa: A mortalidade materna por hipertensão arterial é a principal causa de morte no ciclo gravídico-puerperal em nosso meio. Medidas como a captação precoce da gestante, realização de exames segundo protocolo estabelecido e atendimento em ambulatórios especializados em gestação de risco comprovadamente favorecem a redução dessas ocorrências, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da nossa comunidade.

Objetivo: Comparar os casos de mortalidade materna decorrente de complicações da hipertensão arterial ocorridos na cidade de São Paulo entre os biênios 2004/2005 e 2006/2007 segundo a esfera de atendimento

Métodos: Todos os óbitos maternos determinados por complicações da hipertensão arterial que ocorreram na cidade de São Paulo foram analisados e comparados entre si segundo a esfera de atendimento, durante os anos de 2004 a 2007. Os casos foram separados segundo a cobertura pré-natal e por biênio de ocorrência (2004/2005 e 2006/2007).

Resultados: Durante o período de estudo verificamos a ocorrência de 336 óbitos maternos de causa obstétrica, sendo 88 (26,2%) devidos às complicações da hipertensão arterial. No biênio 2004-2005 verificamos a presença de 51 óbitos maternos que tiveram como causa a hipertensão arterial. Destes, 38 (74,5%) casos realizaram acompanhamento pré-natal, 7 (13,7%) não o realizaram e nos 6 (11,8%) restantes não obtivemos essa informação. Trinta e seis (70,6%) casos foram atendidos pelo SUS. No biênio 2006-2007 encontramos 37 óbitos maternos por hipertensão arterial. Destes, 26 (70,3%) casos realizaram o seguimento pré-natal 7 (18,9%) não o realizaram e em 4(10,8%) casos não obtivemos essa informação. Vinte e oito (75,7%) casos foram atendidos pelo SUS. A cobertura pré-natal (realização de 7 ou mais consultas de pré-natal) na cidade de São Paulo aumentou em 5,4% do primeiro para o segundo biênio e, ao mesmo tempo, verificamos uma redução média de 23,7% na Razão de Mortalidade Materna por hipertensão arterial (redução de 28,1% nas gestantes que realizaram pré-natal contra um aumento de 5,1% nas que não o realizaram). Não foi possível obter informações sobre a cobertura pré-natal em 10 casos (11,3%).

Conclusão: A redução da mortalidade materna decorrente de complicações da hipertensão arterial observada nos dois biênios analisados coincide com a implantação da Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Corroborando os dados da literatura, o estabelecimento de um acompanhamento pré-natal mais humanizado, com utilização de protocolos e fortalecimento da referência e contra-referência no atendimento aos casos graves propicia uma redução nos indicadores de mortalidade materna e aponta para um futuro mais promissor no que tange à saúde de nossa comunidade.

T00061 - AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA: DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA EM CURTO INTERVALO DE TEMPO

Autor: DANIELA DE ARRUDA FALCÃO SETTI; Co-autores: ADRIANA AKEMI YOSHIMUA; MARIA FERNANDA LOPES DA SILVA; NELSON FRENK

Palavras-chave: Câncer de mama, diagnóstico rápido, recursos humanos integrados, uso eficaz de recursos diagnósticos

O câncer de mama é uma doença de incidência e mortalidade elevadas no Brasil, tendo sido diagnosticados 49.000 novos casos em 2008.

O diagnóstico na fase inicial da doença e a instituição precoce dos tratamentos cirúrgico e oncológico estão associados a melhor prognóstico.

Em todo país há heterogeneidade na distribuição de serviços de saúde e preocupantes índices relativos à saúde da população nos distritos periféricos, apontando para a necessidade de uma abordagem diferenciada. Não raro, constata-se que o tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento oncológico do paciente ultrapassa seis meses.

É neste contexto que em fevereiro de 2007 foi estruturado no Hospital Estadual Vila Alpina um Ambulatório Especializado com objetivo de promover atendimento diferenciado às pacientes com lesões suspeitas ou com diagnóstico de câncer de mama, focado em

oferecer em menor tempo possível diagnóstico, tratamento cirúrgico e encaminhamento ao tratamento oncológico. Para que isto fosse possível foi necessário organizar os recursos humanos (médicos, enfermagem, técnicos de radiologia e de patologia) e materiais (mamógrafo, ultra-som, dispositivo de biópsia) disponíveis, em um mesmo espaço físico e sob um protocolo de atendimento único, de forma a atender a paciente numa perspectiva profissional integrada e eficaz.

Realizamos até o momento 3652 atendimentos para 1072 pacientes. Toda paciente na 1ª consulta é submetida a exames de mamografia, ultra-som e biópsia de mama se necessário. Estas recebem o resultado da biópsia e tem o seu planejamento terapêutico definido com o Mastologista em até 07 dias úteis, e a cirurgia realizada após 07 dias no máximo. Foram realizadas até o momento 369 cirurgias, sendo 71 delas por câncer de mama.

A partir de agosto de 2008, em uma 2ª etapa, iniciamos a realização de reconstrução imediata para pacientes submetidas a mastectomia, diminuindo assim o impacto psicológico gerado e o tempo de espera por esse procedimento que chega a 01 ano, somando até agora 22 reconstruções mamárias. Decorridos 30 dias após a primeira consulta a paciente é encaminhada para tratamento oncológico já operada e reconstruída.

Concluímos que o gerenciamento efetivo de recursos humanos e equipamentos adequados, em um único espaço físico, abordando o paciente como um todo - visão de saúde ao invés de doença - conseguimos uma agilidade que proporciona diagnóstico e tratamento do câncer de mama com qualidade em curto intervalo de tempo, aumentando assim a chance de cura e sobrevida além de minimizar os impactos psicológicos frequentemente relacionados a essa doença.

T00075 - GERENCIAMENTO DE RISCO: GARANTINDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOME CARE

Autor: MAYUMI MARCIA HIRANO LINOBA; Co-autores: CARLOS EDUARDO LODOVICI TAVOLARI; MARCELO NORONHA DE REZENDE; ARI BOLONHEZI

Palavras-chave: Gerenciamento, Instrumento de avaliação, internação domiciliar.

Identificação do Problema: A busca pela qualidade assistencial é cada vez mais premente. Para tanto, as organizações buscam identificar fatores que interferem na segurança do paciente e estabelecer ações para evitar ou minimizá-los.

Em virtude da complexidade clínica dos pacientes atendidos por esta empresa de assistência domiciliar, foi criado um instrumento a fim de gerenciar possíveis riscos.

Solução do Problema: Identificar os possíveis riscos provenientes da assistência e definir protocolos, a fim de garantir a segurança do paciente durante a prestação de serviço de assistência médica domiciliar.

Metodologia: Foram levantados os principais riscos de acordo com o perfil dos pacientes nos programas de Internação Domiciliar e Ventilação Mecânica entre outubro e novembro de 2008. A coleta de dados foi realizada pelo enfermeiro visitador, por meio de um instrumento desenvolvido que permite avaliar os riscos de Queda, Úlcera de Decúbito e Alergias. O preenchimento é realizado com base na avaliação clínica, observação e dados colhidos com a família do paciente. Identificado o risco, é inserida uma etiqueta no prontuário do paciente que o classifica através de cores: vermelho-Alergia, azul-Úlcera, verde-Queda.

Resultados: O estudo permitiu avaliar o potencial de riscos para queda, ulcera de pressão e alergia dos pacientes em internação domiciliar desta empresa. Neste período foram avaliados 249 pacientes, 87% dos pacientes em Programas de Internação Domiciliar. Destes 202 ou 81% possuíam Risco de Queda, 200 ou 80% possuíam potencial para desenvolver Úlcera por Pressão e 50 ou 20% possuíam potencial para Reações Alérgicas.

Com este mapeamento, a equipe foi alertada com relação aos procedimentos a serem adotados, reduzindo assim, a ocorrência de possíveis danos aos pacientes.

Esta avaliação é aplicada para todos os pacientes, quando da admissão na internação domiciliar e nas eventuais alterações clínicas. A partir deste trabalho, foram elaborados protocolos para prevenção e notificação de ocorrências com os pacientes.

T00076 - USO DE UM ESCORE DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO MÉDICO PARA A MELHORIA DA GESTÃO DESTES PROFISSIONAIS NOS PROGRAMAS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Autor: ANA AYUMI UETA TAKAHASHI; Co-autores: CARLOS EDUARDO LODOVICI TAVOLARI; MARCELLO REICHER; MARCELO NORONHA DE REZENDE

Palavras-chave: Assistência domiciliar, avaliação de desempenho, qualidade de atendimento.

Identificação do Problema: As empresas de Assistência Médica Domiciliar possuem poucas ferramentas capazes de medir o desempenho dos profissionais médicos que prestam serviço neste tipo de modalidade de atendimento, o que dificulta a apuração de indicadores operacionais das atividades desempenhadas. A avaliação destes profissionais era realizada na empresa anteriormente, utilizando apenas aspectos qualitativos como: satisfação do cliente, capacidade técnica, pontualidade nas visitas domiciliares e relatórios. Estes critérios proporcionavam um controle das ações destes profissionais, mas não permitiam classificá-los de acordo com o desempenho.

Solução Implantada: Com o intuito de controlar a qualidade do atendimento prestado pelo profissional médico e gerar indicadores da sua atuação, criou-se o "Escore de Avaliação de Desempenho Médico". Desenvolvida em fevereiro de 2007, esta ferramenta surgiu diante a necessidade de normatização da avaliação do desempenho dos médicos visitantes.

Metodologia: Esta avaliação é voltada para os profissionais que atuam na modalidade de Internação Domiciliar. A ferramenta criada consiste em um check-list no qual é aplicado um escore padrão em que se verificam os critérios pertinentes a atividade de médico visitador que somam 60 pontos e mais 40 pontos referentes ao cumprimento de ações que objetivam a manutenção da estabilidade clínica para totalizar 100 pontos. Os dados quantitativos são extraídos pela controladoria da empresa que gera e controla indicadores de produtividade e

os dados qualitativos são obtidos a partir da avaliação de 30% dos pacientes de cada profissional, mediante critérios como: análise de conteúdo do relatório médico, controle de visitas com relação a periodicidade e atualização da prescrição de medicamentos. A pontuação obtida neste escore é transformada em conceitos como: Ótimo e Bom, que são classificados como satisfatório, Regular, Ruim e Muito Ruim, ou como Insatisfatório. A aplicação do escore é efetuada com periodicidade mensal no início do mês subsequente e realizado feedback junto ao profissional.

Resultados: As avaliações são realizadas desde abril 2007 e até o mês de dezembro de 2008, mostraram um resultado satisfatório de 90%. Nas reuniões com cada avaliado para "feedback", são apontados os pontos fortes e fracos de cada um e discutidas soluções e metas para adequação e melhoria no desempenho. O uso desta ferramenta fornece um retorno sobre o desempenho do profissional médico e da gestão na qual ele está inserido. É um instrumento de avaliação para compor a remuneração variável dos profissionais; atua como indicador de satisfação do público atendido e aponta os principais problemas a serem sanados objetivando um processo mais ágil a adequação das ações.

T00079- ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR

Autor: MONICA YUKIE KAGOHARA; Co-autores: KATIA MAZUREGA BARBOSA; CLAUDIO FLAUZINO DE OLIVEIRA; ARI BOLONHEZI

Palavras-Chave: Pronto-atendimento, gerenciamento de risco, redução de danos, protocolo.

Identificação do problema: A crescente demanda pela modalidade de Assistência Médica Domiciliar exige cada vez mais agilidade e preparo diferenciado das equipes de profissionais para oferecer um serviço eficaz e de qualidade aos pacientes. A fim de melhorar o desempenho do Pronto Atendimento Médico, departamento receptor das solicitações de urgência e emergência, e ainda reduzir as ocorrências de danos e possíveis eventos adversos, foi criado um protocolo para organizar fluxos gerando mais agilidade, segurança e qualidade nos atendimentos desta unidade.

Solução implantada: Este protocolo foi desenvolvido a partir da análise dos chamados realizados pelo Pronto Atendimento de uma empresa de assistência médica domiciliar no período de dezembro/07 a maio/08. A análise identificou as principais características dos pacientes, os problemas clínicos e as formas de atendimento, resultando em um Protocolo de Classificação de Risco. Esta ferramenta é utilizada pela equipe de Pronto Atendimento formada por médico e enfermeiro responsáveis pela triagem inicial das chamadas telefônicas realizadas pelos pacientes.

Metodologia: Neste protocolo a avaliação é realizada através da análise de critérios referentes às queixas clínicas e dados cadastrais do paciente como: nome do paciente, programa, idade, data, horário de início e evolução dos sintomas, breve histórico, observação de parâmetros, sinais vitais, escala de dor, prioridade de atendimento, histórico de alergias, uso de medicação, medidas iniciais adotadas no caso e avaliações anteriormente realizadas.

Os atendimentos são classificados por prioridade de acordo com as seguintes cores: Vermelha (situação de risco eminente de morte), Amarela (atendimento rápido e risco de vida), Verde (condições agudas) e Azul (demais pacientes com sinais vitais normais).

Resultados obtidos: A utilização deste Protocolo prioriza o atendimento de urgência e emergência de acordo com a necessidade de cada paciente, considerando a possibilidade de agravamento dos sintomas, reduzindo a incidência de riscos evitáveis. Além disso, a ferramenta propicia um melhor controle sobre a expectativa dos familiares/pacientes, melhorando o relacionamento com a equipe de atendimento. Esta ferramenta contribuiu para otimização e maior agilidade do Pronto Atendimento Médico desta empresa, criando um fluxo de melhoria, que permite atender com mais qualidade as solicitações telefônicas feitas pelos pacientes, minimizando riscos. Estes registros permitem a padronização de dados para estudo e planejamento de ações para melhor eficácia do atendimento.

T00080 - SAME – SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – CONTROLANDO O HISTÓRICO DO PACIENTE EM UMA EMPRESA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR

Autor: CARLOS ALBERTO CHAMELLI PAES; Co-autores: CARLOS EDUARDO LODOVICI TAVOLARI; MARCELO NORONHA DE REZENDE; CLEVIS EDUARDO VILLANI

Palavras-Chave: SAME, controle de documentos, assistência domiciliar e Tecnologia da Informação.

Identificação do problema: A armazenagem de documentos na Assistência Médica Domiciliar é regulada pelas mesmas regras e normas que os documentos médicos das demais instituições de saúde. Sendo que todas essas regras são definidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). O Prontuário Médico, por exemplo, reúne informações sobre o paciente e as particularidades do atendimento prestado. Para tanto, uma empresa de Assistência Médica Domiciliar criou um SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, que através de uma ferramenta de tecnologia da informação controla a localização e armazenagem, possibilitando a recuperação e utilização dos documentos arquivados. Desta forma, permite um gerenciamento com qualidade, presteza e confiabilidade na guarda dos Prontuários Médicos.

Solução implantada: Na atividade de home care (assistência médica domiciliar) os pacientes encontram-se em diversas localidades (suas residências), sendo atendidos pela empresa prestadora do serviço. Com isso, os Prontuários dos Pacientes permanecem em seus domicílios durante o atendimento e periodicamente são retirados e encaminhados para a empresa prestadora de serviço, onde são

protocolados e armazenados de acordo com a data de chegada e data de internação do paciente. Esta ferramenta acompanha tanto a trajetória do prontuário, como gera controles de criação, entrada, saída e a localização do documento em si.

Metodologia: A ferramenta foi desenvolvida de acordo com os padrões utilizados na Tecnologia da Informação, além de conceitos da própria Web, que permitem o acesso de forma remota, onde os usuários cadastrados podem acessar de qualquer ponto de Internet, garantindo assim rapidez e eficiência nos cadastros. A digitalização de documentos deste sistema está de acordo com os requisitos do CFM (Conselho Federal de Medicina) e do SBIS (Sociedade Brasileira de Informática e Saúde). Este sistema considera critérios de temporalidade no controle de armazenamento dos Prontuários e também engloba rotinas de workflow (fluxo de trabalho) no tratamento dos documentos integrantes do Prontuário.

Resultados obtidos: Com esta ferramenta, foi possível cadastrar as 22 mil internações realizadas até o momento, permitindo um maior controle dos prontuários, além de agilizar a busca e disponibilidade dos documentos. Desta forma garantimos a integridade e confidencialidade do histórico do paciente cadastrado, agilizamos a busca e disponibilidade dos documentos através do número do paciente que dá origem às etiquetas com código de barras e reduzimos impactos na armazenagem. É possível ainda a partir das informações dos sistemas integrados ao SAME, gerar indicadores e controles da situação de cada Prontuário.

T00082 - A CONTRIBUIÇÃO DOS INDICADORES DE INFECÇÃO NOS RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO SÓLIDOS

Autor: RAQUEL DILGUERIAN DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO; Co-autores: CLAUDIA VALLONE SILVA; LUCI CORREA; BEN HUR FERRAZ NETO

Identificação: Em fevereiro de 2002, teve início o programa de transplantes de órgãos sólidos (TOS) em nossa instituição. Considerando a gravidade inerente à população assistida e o desconhecimento do impacto do procedimento nas taxas de infecção hospitalar, de sítio cirúrgico (ISC) e mortalidade, foi implantado programa de vigilância epidemiológica para todos os receptores de TOS.

Solução: A metodologia empregada foi baseada no modelo NNIS, com busca ativa dos casos de ISC, utilizando os critérios diagnósticos preconizados pelo CDC. Todos os pacientes são acompanhados desde o momento da realização do transplante até, no mínimo, 30 dias. Os indicadores são apresentados às equipes transplantadoras em reuniões semestrais, onde são discutidas as ações de melhoria para posterior implantação.

Resultados: A vigilância e a discussão dos resultados obtidos permitem a conscientização das equipes transplantadoras quanto à aplicação de medidas de prevenção e controle. Registramos taxa decrescente de ISC (Tabela 1) desde o início do programa. Esse dado se reflete também na taxa de mortalidade, que é inferior à encontrada no estado de São Paulo e comparável aos melhores centros transplantadores do mundo.

Tabela 1: Taxa de mortalidade 2008 e comparação com dados do estado de SP

Indicador	SES/SP	Programa
Taxa de Sobrevivência do Exercto Hepático - Tx Fígado	68,66%	80,14%
Taxa de Sobrevivência do Paciente - Tx Fígado	69,77%	84,05%
Taxa de Sobrevivência do Exercto Renal - Tx Rim	76,76%	84,79%
Taxa de Sobrevivência do Paciente - Tx Rim	81,11%	86,64%

Tabela 2: Taxa de ISC por programa

FÍGADO	RIM			
	Nº de TX	TISC	Nº de TX	TISC
2002	89	18,0	39	2,6
2003	102	20,6	62	3,2
2004	101	16,8	79	1,3
2005	111	19,8	66	3,0
2006	111	14,4	66	3,0
2007	74	14,9	57	7,0
2008	95	6,3	66	4,5
Total	625	17,4	435	3,4

T00089 - O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Autor: ALINE TOGNI BRAGA; Co-autores: REGIANE PEREIRA MARTINS LIMA; SUELI DE FATIMA SAMPAIO; INAHIA PINHEL

Palavras-chaves: hospital universitário, acreditação hospitalar, qualidade da assistência.

A acreditação hospitalar pode ser considerada como um sistema de avaliação periódica e voluntária, com a intenção de se reconhecer à existência de padrões de estrutura, de processo e de resultado com o objetivo de estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua de qualidade (ZANON, 2001). Donabedian (1980), com base na teoria de sistemas propôs a avaliação dos serviços de saúde com abrangência na análise de estrutura dos serviços, dos processos de trabalho e de seus resultados. O Serviço da Qualidade (SQ) é uma iniciativa do Hospital e Maternidade Celso Pierro, hospital universitário da PUC-Campinas, resultante da necessidade em implantar um

Programa da Qualidade, considerando a abrangência da instituição sendo atualmente uma referência em saúde para o município e região. No final do ano de 2005 propõe um "Programa da Qualidade do Hospital e Maternidade Celso Pierró" com os objetivos de divulgar modelos, instituir um comitê e alinhar projetos em andamento com os critérios da qualidade. O serviço foi constituído em 2006 com a proposta de desenvolver ações relacionadas à qualidade, sendo importante salientar que o hospital universitário mantém convênio com a Prefeitura Municipal de Campinas, tendo como área de abrangência as regiões Noroeste e Sudoeste, de acordo com a regionalização da Secretaria Municipal da Saúde. E ainda, com convênios médicos, em especial com o mais presente no município, o qual já prevê indicadores de qualidade para a avaliação da instituição como apta ao atendimento de seus conveniados. O SQ após duas visitas, uma em 2006 e a outra em 2007, realizadas pelo convênio médico mencionado, identifica a necessidade em implementar ações mais específicas como a impressão da Política da Qualidade, que teve como estratégias a identificação e contratação de um profissional de enfermagem como coordenador do SQ e dentre suas atribuições divulgar o programa aos gestores das unidades gerenciais, identificar os multiplicadores, estabelecer formas de comunicação/divulgação interna, definir um cronograma de atuação, bem como divulgar a missão, visão e os valores da instituição, tendo como principal estratégia à realização da I e II Semana da Qualidade e treinamentos para toda a comunidade. Posteriormente, as ações mencionadas, verificou-se a necessidade em buscar uma empresa de avaliação para viabilizar a certificação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) do Ministério da Saúde do Brasil. Após receber a visita de duas empresas consultoras, o hospital se encontra em fase de implementação de medidas de melhoria com a intenção de submeter-se à avaliação externa e, com a possibilidade de adquirir a tão almejada certificação de seus serviços.

T00092 - HOSPITAIS SENTINELA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor: SILVANA ANDREA MOLINA LIMA; Co-autores: ELISANGELA MANTAI; MARIANA BORGES PORFÍRIO; ANDREIA CRISTINA PASSARONI

Palavras Chave: notificações, gerenciamento, risco, monitoramento

O Projeto Hospitais Sentinela (PHS) foi criado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com hospitais de grande porte, distribuídos em todo o país. Tem a finalidade de ampliar e sistematizar a vigilância de produtos utilizados em serviço de saúde, garantindo segurança e qualidade para pacientes e profissionais de saúde. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC-FMB/UNESP) faz parte da rede de Hospitais Sentinela desde 2002, atuando nas quatro áreas: Farmacovigilância, Tecnovigilância, Hemovigilância e Saneantes. A área de tecnovigilância da ANVISA vem implementando metas e ações para garantir a segurança sanitária de produtos para saúde, tais como: equipamentos, artigos médico-hospitalares, implantes e produtos para diagnóstico, por meio de notificações de suspeitas de queixas técnicas e eventos adversos. O presente trabalho teve como objetivo relatar a experiência da elaboração e implantação de uma ficha de monitoramento das notificações da área de Tecnovigilância do PHS – HC-FMB/UNESP. A partir da análise retrospectiva das notificações da área de Tecnovigilância foi desenvolvida uma ficha de monitoramento com a finalidade de aumentar o número e melhorar a qualidade das notificações recebidas pelo PHS – HC-FMB/UNESP. A ficha de monitoramento foi implantada em janeiro de 2008 e é composta por dados de identificação do produto (nome, marca, lote, descrição da ocorrência e as unidades do HC que apresentaram problemas com determinado produto). Para cada notificação encaminhada ao PHS – HC – FMB/UNESP, por busca ativa ou espontânea, as bolsistas estagiárias realizam o sistema de monitoramento nas unidades do HC e, após este procedimento, encaminham ao enfermeiro responsável da área de Tecnovigilância para análise e posterior notificação à ANVISA e medidas preventivas e corretivas no serviço. Considera-se Notificação Espontânea aquela realizada pelos profissionais de saúde e encaminhada diretamente ao PHS e Busca Ativa aquela obtida em visitas semanais, realizadas nas Unidades do HC-FMB/UNESP por bolsistas do PHS (alunas do curso de graduação em Enfermagem). Após a implantação da ficha de monitoramento, observou-se que houve um aumento de 62,4% de notificações da área de Tecnovigilância no ano de 2008 quando comparado com os dados do mesmo período de 2007. Além disso, verificou-se também maior qualidade das informações para o desenvolvimento das atividades de notificação do PHS, contribuindo assim para o monitoramento dos produtos de saúde. A implantação da ficha de monitoramento contribuiu para aumentar e melhorar a qualidade da prática das notificações em Tecnovigilância pelos profissionais da saúde e garantir maior segurança aos pacientes.

T00093 - GESTÃO DA QUALIDADE EM REABILITAÇÃO FÍSICA HOSPITALAR BASEADO EM INDICADORES E GERENCIAMENTO DE RISCO

Autor: JOSÉ CARLOS MARTINS; Co-autores: YUMI KANEKO; LIGIA MARIA DA COSTA CANELLAS; VIVIAN GESTAS PFISZTER

Palavras-chave: Acreditação, Modelo de Gestão, Reabilitação, Gestão em Saúde.

O Hospital Geral de Pirajussara (HGP) é uma Organização Social de Saúde (OSS) gerenciada pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM-UNIFESP-EPM). A Unidade de Reabilitação (UR) pioneira em Gestão da Qualidade, tornou-se em 2006 a primeira reabilitação pública certificada nível 3 em excelência pela metodologia ONA e assim referenciada como modelo de reabilitação hospitalar.

Identificação do problema: Modelo de Gestão indefinido, falta de gerenciamento e de processos, demanda reprimida, baixa resolubilidade, déficit funcional entre outros.

Solução implantada: Objetivando evidenciar a relação entre excelência na assistência e modelo de gestão iniciou-se a prática de um modelo de gestão com base na metodologia ONA que visa a acreditação da qualidade dos serviços de saúde.

A aplicação de protocolos assistenciais funciona como ferramenta na prevenção de falhas objetivando melhoria contínua, garantindo a qualidade na assistência. Dessa forma a UR gerencia seus processos e riscos através de indicadores estatísticos, custos, desempenho,

resolubilidade e qualidade nas diversas especialidades em todo complexo hospitalar. A metodologia praticada desde 2004, nos fornece dados que proporcionam comparações anuais e uma visão global dos resultados, possibilitando planejamento estratégico para os próximos anos, focando a melhoria contínua.

Resultados: O impacto causado na UR na qualidade da assistência e na qualidade administrativa nos mostra que a assistência e a administração são ligadas quando analisamos os resultados de maneira individualizada ou de forma interligada.

A adoção de parâmetros administrativos voltados a gestão da qualidade possibilita a tomada de decisões com a visão aos resultados administrativos no que diz respeito a um melhor aproveitamento do tempo, das agendas, da gestão de pessoas, de custos, da redução do absenteísmo, da rotatividade de casos novos, inexistência de filas de espera, na disponibilização de leitos, devido a viabilização e otimização na assistência e no gerenciamento de nossas atitudes através dos indicadores.

No âmbito assistencial ocorre o reflexo direto na resolubilidade, da assistência, no resultado terapêutico, na alta por objetivo, na melhora da qualidade de vida no pós-alta hospitalar e na assistência ambulatorial após a mesma. Quanto ao cliente sua satisfação por ter suas necessidades e expectativas supridas e por ser respeitado quanto ao cumprimento das datas e horários agendados se traduz em aderência ao tratamento. Em relação à gestão de pessoas, a valorização do profissional promove maior comprometimento com o processo, incentivando o desenvolvimento de pesquisas e da capacitação profissional. Para instituição fica claro que todo o esforço e o incentivo para capacitação dos colaboradores refletem diretamente no modelo assistencial oferecido pela UR, promovendo a prática dos valores e cumprimento da Missão do Hospital.

T00095 - PRONTO ATENDIMENTO: IMPLEMENTANDO E AVALIANDO O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Autor: ELIZABETH AKEMI NISHIO; Co-autores: CRISTIANE APARECIDA BETTA; MARIA APARECIDA CAMARGO S. BAPTISTA; FERNANDA SILVA FUSCALDI

Palavras-chave: Urgência, Emergência, Classificação de Risco.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo humanizado. Problema: O atendimento de urgências e emergências nas instituições de saúde de alta complexidade constitui-se um desafio nas Unidades de Pronto Atendimento, pois é comum não haver dados da gravidade desses pacientes. Solução Implantada: Assim, foram implementados critérios para classificação dos pacientes em vermelho, amarelo, verde e azul baseados na cartilha do Plano Nacional de Humanização (MS, 2004); adequação da área física, readequação do recurso humano, definição do fluxo de atendimento e foram capacitados os enfermeiros para a classificação dos pacientes. Metodologia: O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, torna o atendimento sistematizado, com melhoria de acesso, mudando a forma burocrática de entrada por filas e ordem de chegada. O paciente é acolhido por um Auxiliar de Enfermagem que recebe sua queixa e o Enfermeiro, por meio da Consulta de Enfermagem, classifica os pacientes segundo a gravidade e o relaciona com as cores: Vermelho (paciente grave, com risco iminente de morte), Amarelo (paciente instável, que necessita de intervenção em menos de 15 minutos), Verde (paciente estável, necessita de intervenção em menos de 30 minutos) e Azul (paciente estável pode aguardar por até 1 hora para atendimento). Após o acolhimento e avaliação os médicos realizam atendimento baseado na classificação citada acima. O acolhimento com avaliação e classificação de risco, foi implementado desde janeiro de 2000, na Unidade de Pronto Atendimento, serviço referenciado para atendimento de urgências e emergências para os municípios de Taboão da Serra e Embu, referência para Neurocirurgia e Ortopedia Loco-Regional. Resultados: A partir do Acolhimento com Classificação de Risco, foram obtidos os dados dos pacientes classificados de janeiro a julho de 2007: como vermelhos (6%), amarelos (27%), verdes (47%) e azuis (20%), o que caracteriza a demanda da instituição, referenciada (60%). Conclusão: Após a implementação foi possível delinear toda a cadeia de valor do paciente na instituição, principalmente dos críticos que já na admissão são encaminhados para área adequada à terapêutica necessária, foi possível mensurar as médias de permanência destes pacientes nas unidades da instituição, ocorrência de eventos adversos, infecção hospitalar e desfecho. A partir desta análise, inúmeras ações de melhorias estão sendo planejadas atualizando os indicadores de qualidade como, mortalidade, média de permanência e infecção hospitalar.

T00100 – ESTRATEGIAS PARA DIMINUIÇÃO DA GERAÇÃO DE RESÍDUOS

Autor: GUILHERMINA DUTRA; Co-autores: MONICA MONTEIRO GOMES; FABIO DE MORAES

Introdução

A Instituição, que na sua Missão tem como princípios: Responsabilidade, Inovação, Comprometimento institucional e social, e como se faz cada vez mais necessário na assistência ao paciente, material de uso único, no ano de 2008 implantou esse critério para os micronebulizadores, o que ocasionaria um aumento no resíduo gerado, com um impacto de 87 kg/Mês

E no desafio da busca da qualidade assistencial e ambiental no mesmo patamar de importância, são imprescindíveis ações que mantenham esse equilíbrio.

E assim foi realizada uma avaliação dos grupos e tipos de resíduos gerados, definindo qual deles poderia ser aprimorado os critérios de consumo. A opção foi: copos descartáveis e garrafas pet.

Objetivo

Inovação para manter a qualidade assistencial e ambiental, por meio de avaliação sistêmica dos critérios de consumo de material, com implementação de ações objetivando a minimização dos resíduos gerados na Instituição.

Metodologia

Avaliação sistêmica e com aprimoramento dos critérios de consumo de material;

- Número de esterilização por micronebulizadores para dimensionar o aumento de unidade /mês;
- Pesagem dos micronebulizadores para dimensionar o aumento de resíduos / mês;
- Monitorar o consumo de micronebulizadores, copos descartáveis e garrafas pet, antes e após a implantação das ações;
- Monitorar o número de pacientes para avaliação da rotatividade;
- Monitorar o percentual de treinamentos e Visita setorial e avaliar a efetividade;

Ações:

- Utilização de canecas de louça para o desjejum e lanche dos colaboradores;
- Enfermarias: redução do uso de copos descartáveis e garrafas pet, sendo os mesmos substituídos por garrafas, copos e canecas plásticas, restringindo o uso para as enfermarias de Isolamento e Pronto Atendimento.
- Treinamentos para os colaboradores: incentivo do consumo consciente de material;
- Visita setorial: reforço do treinamento.

Resultados

Do volume de resíduos gerados mensalmente em 2008, os micronebulizadores acrescentariam 24,9%, e houve um acréscimo de 1,5% de pacientes.

E as ações como: treinamento visita setorial, avaliação de critério de consumo de material, evitaram o impacto, pois na avaliação anual houve um acréscimo na geração total de resíduo de 1,1% que quando avaliado em kg/paciente/ano em 2007 foi de 4,7 e 2008 foi de 4,6, que corresponde a uma diminuição de 2,4% no ano.

T00101 - USO RACIONAL DOS PROCEDIMENTOS DE ENDOSCOPIA EM UM PROGRAMA INTEGRADO DE TRANSPLANTES

Autor: RAQUEL DILGUERIAN DE OLIVEIRA CONCEIÇÃO; Co-autores: TADEU THOME; BEN HUR FERRAZ NETO; ANGELO PAULO FERRARI JUNIOR

Palavras- chave: Endoscopia; procedimento gerenciado; transplante hepático

Identificação do problema: Visando a segurança do paciente, a minimização dos riscos e controle da utilização dos recursos do Departamento de Endoscopia, foi instituído protocolo de avaliação e *padronização* das indicações de exames endoscópicos em um programa institucional de transplante de órgãos.

Solução implantada: A partir de maio de 2006, foi fixada uma meta limite de exames mensais, considerando o perfil da população atendida, dados da literatura médica e número de pacientes em lista. Todas as solicitações devem ser avaliadas e liberadas pelo médico endoscopista, estando excluídas as situações de urgência. A utilização dos recursos e a conformidade com o protocolo estabelecido são apresentados mensalmente ao comitê gestor do programa.

Resultados obtidos: A implantação do protocolo garantiu a otimização dos recursos, a redução do desperdício e dos custos do programa. Nota-se, no gráfico abaixo, número decrescente de procedimentos endoscópicos realizados desde a implantação do protocolo (endoscopia superior a 70%), mesmo com o crescente aumento do número total de transplantes realizados e pacientes em lista de espera. A taxa de não conformidade em 2008 foi próxima de zero, indicando boa correlação entre a indicação do exame e a realização efetiva do mesmo. A análise constante dos resultados obtidos permite o aprimoramento da equipe e a redução de procedimentos desnecessários.



T00106 - SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTE (SCP): GERENCIANDO LETOS EM UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

Autor: RITA DE CÁSSIA NORONHA VELOSO; Co-autores: ELIZABETH AKEMI NISHIO; LUCIANE FERREIRA DO VAL

Palavras Chave: Sistema de Classificação de Pacientes, Enfermagem, Grau de complexidade.

Introdução: O Complexo Hospitalar Ouro Verde em Campinas, São Paulo, Brasil é um hospital municipal que tem sua gestão realizada pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e oferece atendimento 100% SUS. A inauguração do hospital foi em junho de 2008, porém neste local já havia um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e um Pronto Atendimento (PA) de portas abertas, com a maior parte de sua demanda regulada pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que atendem a população de referência do Distrito Sudoeste da cidade de Campinas. O primeiro setor a ser aberto foi a Clínica Médica II (CM II), com capacidade para 30 pacientes, posteriormente foi aberta a Clínica Médica I (CMI), com 20 leitos. As internações aconteceram de forma gradativa, os pacientes eram provenientes do PA e após cerca de 30 dias da inauguração as internações começaram a ser reguladas pela Central de vagas do município. Problema: Os pacientes eram admitidos nos quartos de forma desordenada, sem avaliação de sua gravidade, dificultando o dimensionamento da Equipe de Enfermagem, os quais se mostravam sobrecarregados e descontentes. Solução: Diante desta

realidade foi necessário realizar: 1º Mapeamento dos pacientes internados nesta clínica por grau de complexidade. Durante uma semana classificamos os pacientes internados utilizando o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) baseado no estudo de Fugulin. Identificou-se que alguns pacientes classificados como alta dependência estavam no mesmo quarto que os classificados como cuidados mínimos; 2º Divisão dos leitos das clínicas, por meio de um mapa colorido com a localização dos leitos (na CMI: 6 leitos vermelho de semi intensiva; 10 leitos amarelo de alta dependência; 12 leitos verde de intermediários, e na CMI ficaram 10 leitos azul de cuidados mínimos e 10 leitos verde de intermediário). 3º Foi realizada a capacitação da supervisão de enfermagem e dos enfermeiros apresentando o instrumento de classificação dos pacientes e o mapa com a localização dos leitos. Após a implantação do sistema de classificação fizemos o monitoramento por cerca de quinze dias analisando as classificações realizadas e a localização dos pacientes. Resultados: Com a implantação do SCP foi possível dimensionar a equipe de enfermagem de acordo com a complexidade dos pacientes. Para cuidar dos pacientes semi-intensivos e de alta dependência, os colaboradores da enfermagem trabalham em dupla para realizar procedimentos como banhos, sondagens, entre outros. Com a implantação deste sistema evidenciou-se uma assistência mais qualificada, os colaboradores trabalham de forma mais organizada, referem estar mais tranquilos, o que refletiu também na equipe médica, a qual tem dimensionado o número de pacientes por plantonista baseado na classificação realizada pelo enfermeiro.

T00109 - GESTÃO DE LEITOS E VAGAS HOSPITALARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

Autor: ROBERTO JOSÉ BITTENCOURT; Co-autores: LUCIANA PRUDENTE; GILBERTO LUIZ SCARAZATTI; MARCIA APARECIDA DO AMARAL

RESUMO:

O artigo apresenta as bases conceituais e os resultados preliminares da implantação de dispositivo para gestão de leitos e vagas pelo Hospital de Urgência de Sergipe, com o objetivo de reduzir a superlotação do pronto-socorro adulto e infantil e otimizar a capacidade hospitalar instalada no Estado. Criou-se o Núcleo de Gestão de leitos e vagas, com a responsabilidade de centralizar a oferta e a demanda de vagas internas e externas, oferecer apoio à qualificação da prática clínica nas unidades de produção do hospital, assim como assumir as transferências dos pacientes para outros hospitais da rede. A construção deste núcleo gestor de leitos e vagas foi realizada com a participação dos diversos atores em colegiados, visando apoiar os profissionais que trabalham em ambientes hostis, como os hospitais de urgência e emergência, para conquistarem mais autonomia na resolução de problemas com os quais se deparam no cotidiano profissional. Ocorreu diminuição do número de pacientes em macas no pronto-socorro, maior responsabilização das equipes pelo cuidado e diminuição do tempo médio de permanência. Os resultados ainda são instáveis e sujeitos às “tensões da implantação” de um projeto maior, qual seja, a reestruturação da rede hospitalar do Estado de Sergipe.

ABSTRACT:

The article presents the conceptual basis and preliminary results of the implementation of the mechanism for managing hospital beds and vacancies by Sergipe's Urgency Hospital, with the goal of reducing the emergency department overcrowding and improving the state hospital capacity. The Nucleus of Hospital Beds and Vacancies was created with the responsibility of centralizing the supply and demand of internal and external vacancies, offering support to the clinical practice at the hospital's production units, as well as managing the transfers of patients from other hospitals from the network. Stakeholders of different constituencies participated in the creation of this managing nucleus of hospital beds and vacancies, with the purpose of supporting professionals who work in severe environments such as urgency and emergency hospitals, and increasing their autonomy in solving their everyday problems. As a result, there was a decrease in the number of patients in the emergency units, an increase in the accountability of the teams in charge, and a reduction in the average hospitalization time. These results are still unstable and subjected to the typical tensions of implementing a major project, such as the restructure of the hospital network of the state of Sergipe.

Introdução:

O Hospital de Urgências de Sergipe - HUSE é a principal referência do SUS para a população do estado nas situações consideradas de urgência e emergência, assim como para alguns municípios dos estados de Alagoas e Bahia. É um hospital de grande porte, com mais de 400 leitos e centro de atendimento ao trauma. Desde sua fundação há 22 anos, presta assistência no limite de sua capacidade operacional, trazendo a marca da superlotação do pronto - socorro adulto (clínico e trauma) e infantil. A partir de setembro de 2007, iniciou-se um processo de mudança na rede hospitalar do estado e particularmente no HUSE, inserido na proposta de governo para desenvolver e qualificar o SUS, e do qual descrevemos e apresentamos alguns resultados parciais, com a finalidade de compartilhar a experiência e buscar ampliar o debate sobre a gestão hospitalar. A situação inicial do pronto socorro do HUSE era de uma ocupação que ultrapassava os leitos instalados, macas ocupando todos os corredores dos setores adultos e infantis, sendo que no último não era raro duas crianças ocuparem o mesmo leito. A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) com capacidade de atender 6 pacientes era ocupada em média por 18 pacientes, com permanência média maior do que 72 horas, e usualmente o destino dos pacientes após a cirurgia era novamente o pronto - socorro. O modelo de assistência se caracterizava pela presença de médicos plantonistas que se ocupavam de uma demanda média de 400 pacientes/dia, além de serem responsáveis pelo atendimento às intercorrências dos pacientes em observação e aos internados no pronto socorro. As vagas das enfermarias eram distribuídas aleatoriamente, com frequência esta distribuição era mediada por influência político-administrativa e o tempo médio de permanência no PS adulto era de 9,63 dias e o indicador geral do hospital era de 8,37 dias. (HUSE, outubro 2007)

O quadro inicial observado no Hospital, além da superlotação se caracterizava pela má qualidade do cuidado, com um alto número

de pacientes mal encaminhados, internados há vários dias, sem prescrições oportunas, sem definição de profissional ou equipe de referência ou sequer da clínica de pertencimento. Uma grande desarticulação entre as ações completava o cenário de desolação e de resignação que envolvia a todos: familiares, profissionais e pacientes. Não existiam informações sobre o número de pacientes, os dias de permanência, a procedência predominante, ou outros, que pudessem ofertar subsídio para que a gerência pudesse compreender a realidade e intervir sobre ela. Deste modo, lidava-se com esta situação a partir das percepções e não de uma análise acerca da multicausalidade das situações complexas. As falas constituíram-se numa série de queixas: é sempre assim, eles vêm de todos os lugares sem encaminhamentos, os médicos não passam as visitas, faltam leitos, os exames demoram muito, etc. A situação inicial do HUSE é comparável a de muitos dos 185 hospitais de urgência e emergência brasileiros (Sá, 2005; Bittencourt & Hortale, 2007), bem descrita por Deslandes (2002): “Mal comparando, havia uma mistura das atividades de trabalho das salas de pequenas emergências, de ortopedia, de politrauma, e de clínica médica do Hospital 1. O espaço diminuiu, o calor, o cheiro de remédios, de urina, de fezes e secreções, entre corpos amontoados, contribuíram para que os profissionais batizassem essa sala, onde o trabalho era intenso e extremamente desgastante, de “Vietnã”. Conflitos com paciente e seus familiares não eram extraordinários, dado que as condições de atendimento inspiravam péssima impressão e nem sempre os médicos especialistas estavam disponíveis no plantão.”

Discutem-se as possíveis intervenções para solucionar a superlotação nos Serviços de urgência e emergência- SEH. Em recente revisão de literatura, Bradley (2005) enumera 68 intervenções e afirma que 31% das mortes nos SEH estavam relacionados à superlotação. A maioria das soluções encontradas apontava para a melhoria do fluxo de saída do PS, com ênfase no acesso dos pacientes aos leitos de internação. O estudo em tela pretende descrever a intervenção sobre a gestão de leitos e vagas, cujo objetivo é reduzir a média de permanência dos pacientes no pronto socorro, ao mesmo tempo em que desencadeia um processo de revisão da gestão das unidades de internação do HUSE e dos demais hospitais da rede de saúde.

Métodos:

No desenvolvimento deste trabalho, foram utilizados dispositivos organizacionais, dos quais destacamos dois, nomeados “gestão de leitos” e “gestão de vagas”. A gestão de leitos objetiva monitorar e avaliar o desempenho clínico nas unidades onde os pacientes permanecem em observação ou internados, atuando na sua melhoria. Considerou-se como parâmetro de maior eficiência, a redução da média de permanência e otimização da capacidade instalada, por meio da agilização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e da oferta da tecnologia apropriada no menor tempo possível. Os instrumentos da gestão de leitos utilizados foram a definição clara da responsabilidade profissional pela condução do caso, realização de visitas em equipe multiprofissionais para revisão clínica e adequação da conduta, pactuação acerca dos parâmetros de gravidade e necessidade de cuidado e monitoramento da média de permanência. Por sua vez, a gestão de vagas realiza o encontro entre a oferta e a demanda por leitos, estabelecendo as prioridades para internação, as quais estão baseadas nos protocolos firmados entre as unidades do hospital, para que ocorra agilidade na internação ou transferência dos pacientes com maior risco clínico. A gestão de leitos e vagas assume as seguintes iniciativas e responsabilidades:

- Centralizar a oferta de vagas de leitos internos e externos e realizar a interface com as unidades demandantes de leitos (PS adulto e infantil, SRPA e outras): A informação da liberação de vaga nas unidades de internação locais ou dos demais hospitais inseridos na rede assistencial, é um dos elementos fundamentais nesse processo de gestão, na medida em que a relação de poder sobre a unidade funcional básica e estratégica do hospital - o leito - configura o padrão de acesso ao mesmo. A gestão descentralizada de leitos vagos estimula o uso dos micro-poderes, possibilitando a utilização privada da oferta mediante critérios inadequados. Simultaneamente, ocorre a identificação das demandas por leitos, sendo que a pressão das unidades demandantes precisa ser canalizada de forma sistemática e ágil, de tal maneira que seu foco permaneça na atenção ao paciente, geralmente grave, sem dissipar energia. Ao mesmo tempo, é oportuno garantir a essas unidades de que suas demandas por vagas serão tratadas de maneira criteriosa e contínua.

- Definir critérios de risco e autorizar a ocupação das vagas: O perfil assistencial dos hospitais de urgência e emergência exige a aplicação constante do critério de risco clínico para o cuidado em geral e para a ocupação das vagas internas em particular. Ademais, a sala de recuperação pós - anestésica tem prioridade na ocupação de leitos internos, para permitir a continuidade do cuidado e evitar a estagnação das atividades no centro cirúrgico, unidade nevrálgica em um hospital de atenção ao trauma. Os pacientes do PS em tratamento clínico podem ser transferidos com mais facilidade para vagas externas após a estabilização de seu quadro clínico e mediante cuidados adequados. Definida a ocupação das vagas, o profissional investido da autoridade formal para autorizá-la conclui esta etapa do processo, permitindo dar publicidade e transparência aos critérios de alocação.

- Organizar a transferência inter - hospitalar: É um momento, extremamente delicado, pois se trata de transferir paciente graves, ou potencialmente graves, cuja comunicação deve ser entre as autoridades clínicas de ambos os hospitais envolvidos, de maneira clara e formal. A transferência inter - hospitalar deve ocorrer com base em protocolos clínicos tanto de saída como de entrada nas unidades de internação e de Urgência/emergência. A responsabilidade da gestão de leitos e vagas vai até o momento da instituição da assistência na unidade receptora, visando a continuidade do cuidado. A instituição de mecanismos de acompanhamento da evolução dos pacientes pós - alta / pós - transferência auxilia no controle de qualidade das decisões tomadas para alta ou transferência uma vez que, geralmente, ocorrem sob pressão da demanda por vagas internas.

- Desenvolver a gestão da clínica: Consiste na visita das equipes responsáveis pela assistência aos pacientes no Pronto Socorro e nas enfermarias, junto com os gerentes destas unidades, para proporcionar sinergia nas decisões clínicas acerca dos critérios de risco, perfil assistencial do serviço mais apropriado para assistir cada indivíduo e contribuir para aumentar a eficácia clínica no uso dos leitos.

- Monitoramento do censo hospitalar (oferta x demandas de vagas por enfermaria) e do tempo médio de permanência (TMP) nos leitos internos: Objetiva-se com o primeiro dispositivo, que os profissionais encarregados pela gestão visualizem o desempenho das enfermarias na oferta de vagas e reconheçam antecipadamente a saturação operacional do PS. O monitoramento da oferta x demanda possibilita por meio do gráfico de tendências, verificar a situação de equilíbrio (platô) entre a oferta e a demanda de vagas. O Tempo Médio de Permanência é um dos indicadores para identificar o consumo dos recursos hospitalares, contribuindo para a análise do desempenho clínico, devendo ser medido para o geral da unidade de internação e também pelas diversas especialidades médicas.

Do ponto de vista de arranjo organizacional, a gestão de leitos e vagas no HUSE opera enquanto um núcleo ligado diretamente à diretoria técnica e sua criação foi oficializada mediante portaria interna, a qual estabelece a presença dos gerentes das unidades de internação, de terapia intensiva e serviço de recuperação pós-anestésica nas reuniões diárias. Existe um grupo executivo composto por dois médicos, uma enfermeira e uma assistente social, trabalhando doze horas de segunda a sexta - feira e seis horas nos finais de semana. Como estes dispositivos foram implantados concomitantes a outras mudanças na organização do processo de trabalho no pronto socorro com utilização de critérios de risco para atendimento da demanda, houve um processo de oferta teórica sobre temas fundamentais para orientarem a reorganização do trabalho das equipes, entre eles a gestão dos serviços de Urgência e Emergência a partir de referenciais do Ministério da Saúde, a experiência e as diretrizes do programa QUALISUS e experiências concretas da Santa Casa de Limeira, Hospital Mario Gatti em Campinas e Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre. Também nos apoiamos conceitualmente em Campos (2003) ao considerar que "O Método Paidéia reafirma a possibilidade de que os sistemas de saúde podem contribuir para a constituição do Sujeito. Pois bem, considero que a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o Sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Têm potencial pedagógico e terapêutico, portanto. Seja para criar dependência e impotência, seja para co-produzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão das pessoas." Estava claro que só poderíamos obter resultados satisfatórios e permanentes na atenção a saúde, se fôssemos capazes de interferir na subjetividade dos profissionais que ali estavam, e cuja capacidade de indignar-se e desejar uma nova situação era produto dos anos de uma gestão hospitalar aparentemente pouco preocupada em humanizar e qualificar os serviços de urgência e emergência. Inicialmente, fizemos um trabalho de interação bastante ampla com os atores locais, de todas as categorias profissionais, identificando as mudanças já reconhecidas como desejáveis e as que os consultores e gestores ofereciam, embora ainda não demandadas pela equipe do Pronto Socorro. Assim, visitamos os espaços assistenciais juntos, identificamos problemas como limpeza inadequada, faltas de macas e lençóis, etc. e trabalhamos alternativas para um conjunto de situações ligadas ao aumento progressivo da responsabilidade da equipe pelo cuidado dos pacientes e a humanização do conforto e do ambiente. A partir deste diagnóstico construído em conjunto com parte da equipe do Pronto Socorro Adulto, num embrião de gestão colegiada e com os atores possíveis, decidiu-se criar dispositivos que favorecessem aos trabalhadores a identificação dos seus compromissos para com os pacientes. Foram instituídas nas macas, bolsas de plástico com espaço para a identificação dos pacientes e para guarda dos documentos relativos ao seu processo de atendimento (fichas, prescrições, exames). Desta forma, obteve-se a identificação precisa do paciente, a clínica responsável pelo seu cuidado, a organização da documentação. Organizou-se uma intervenção no processo de higienização hospitalar, com introdução de normas técnicas e um "check- list" dos pontos a serem verificados. Isto mostrou aos trabalhadores que era possível obter-se melhoria no ambiente, que ao invés de utilizarem máscaras para evitarem os odores, poderíamos eliminá-los e o fizemos com rodas de discussão e sugestões coletivas. Em pouco tempo as mesmas macas estavam limpas, com lençóis, com as bolsas de guarda dos documentos dos pacientes que facilitam conhecer a sua identificação, a equipe responsável e sua situação clínica. O passo seguinte foi estudar a morbidade dos pacientes e pensar novos modos de organizar o processo de cuidado daquela população. Os estudos de demanda mostraram uma predominância de pacientes com quadros clínicos crônicos e para repensar a organização do processo de trabalho, à medida que concordamos que o trabalho vertical dos profissionais de saúde "vem produzindo um modo inadequado de inserção dos médicos e enfermeiros em hospitais públicos. Em consequência, em enfermarias e ambulatórios predomina um regime de trabalho semelhante ao do pronto - socorro, em que uma mesma equipe não se responsabiliza pela atenção ao mesmo paciente durante todo o processo terapêutico." (Campos e Amaral, 2007), com base nestas informações, propusemos uma equipe horizontal diarista de médicos clínicos, enfermeiros e assistentes sociais atuando em dois turnos, manhã e tarde, incluindo-se finais de semana. Esta equipe passou a se responsabilizar pelos pacientes com necessidade de tratamento clínico, possibilitando o seguimento horizontal e a continuidade do cuidado. Outro importante dispositivo de gestão da clínica foi a instituição de visitas diárias da equipe horizontal de manhã e à tarde. Estas visitas são fundamentais, pois permitem que a equipe compartilhe os problemas dos pacientes e as alternativas para o projeto terapêutico singular a ser desenvolvido no próprio HUSE, em outro hospital da rede ou no serviço que receberá o paciente pós-alta. Após os primeiros trinta dias de funcionamento da equipe horizontal (equipe de referência) e das visitas coletivas (gestão da clínica), foi possível agregar à discussão alguns representantes da rede hospitalar contratada, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde. Este grupo passou a recombinar os critérios de encaminhamentos para os hospitais de referência, atuando como uma estrutura preliminar da regulação estadual na área hospitalar.

Resultados e discussão:

Considerando-se que este é um processo recém iniciado e que ainda há um longo caminho a ser percorrido até a sua consolidação, alguns resultados obtidos são bastante animadores acerca da potência dos dispositivos utilizados. O número de pacientes transferidos para outros serviços por falta de vagas internas ou por indicação técnica não mudou, mas aumentou a eficiência da equipe horizontal de médicos para identificar estes pacientes e providenciar a transferência, fazendo com que as vagas externas passassem a ser ocupadas adequadamente. Iniciou-se a aplicação dos mesmos dispositivos nas unidades de internação, ou seja: equipes horizontais, visitas conjuntas e gerenciamento dos leitos e vagas internas. Apesar de ainda ser necessária muita ação gerencial e haver menos autonomia das unidades de

internação, o processo está se institucionalizando, apesar da dificuldade de contratação de médicos para atuarem em jornada horizontal, situação verificada em várias regiões do país.

O número de macas no Pronto Socorro adulto foi reduzido de 120 para 45, o Pronto – socorro infantil operou com leitos vagos durante vários dias no último trimestre de 2007 e primeiro trimestre de 2008 e a SRPA continuou apresentando quadro oscilante, porém com tendência a diminuição no TMP geral do HUSE, mas ainda com períodos de superlotação. Houve aumento do número de vagas ofertadas pelos demais hospitais próprios, da rede contratada e do próprio HUSE. A demanda média diária de vagas, em janeiro e fevereiro de 2008, foi de 55 vagas para as quatro unidades (CC/SRPA; PS adulto; PS infantil; PS trauma), sendo que se trabalhou em janeiro e fevereiro 2008, com déficit médio diário de 15 vagas, o que remete a necessidade de buscar outras soluções.

Comparando-se o período de outubro de 2007 com os meses de dezembro de 2007, janeiro e fevereiro de 2008, observou-se uma redução do tempo médio de permanência de 8,37 para 6,67 dias no mesmo período. Estes resultados foram obtidos mais pela da gestão na unidade de pronto socorro e menos nas enfermarias, onde o processo de mudança estava mais incipiente. Além da redução da permanência dos pacientes no Pronto Socorro, observamos a reorganização do trabalho com instituição de equipes de referência pelo cuidado e maior apropriação do coletivo pelos resultados.

A gestão colegiada tem apoiado os coletivos no sentido de que se apropriem dos espaços, dividam responsabilidades, criem alternativas para as situações anteriores definidas como estáticas e imutáveis. Foram criados vários dispositivos locais de facilitação do trabalho e de melhorias tanto para os profissionais como para os usuários. Foram produzidas ações públicas que reforçam os compromissos dos coletivos para com um atendimento humanizado e digno como o movimento “macas nos corredores nunca mais”. As máscaras estão entrando em desuso, pois representam a velha forma de trabalhar e de assistir as pessoas, com distância, com repugnância e sem identidade, ou com as mesmas disfarçadas. Hoje encontramos profissionais identificados com as novas funções de cuidar e de assistir bem, com orgulho de fazer adequadamente.

Bradley (2005), em revisão bibliográfica, aponta várias intervenções voltadas para a melhoria do fluxo de saída dos pacientes do PS como as mais efetivas para resolver o problema da superlotação. Entre elas, encontra-se a melhoria da gestão de leitos e vagas, objeto deste artigo e em fase de consolidação no HUSE. O formato do arranjo institucional para operar esta gestão no cotidiano, com poder delegado pela alta direção do hospital e prioridade absoluta para a retaguarda ao Pronto Socorro, no caso, o Núcleo de Gestão de Leitos e Vagas, parece-nos mais vantajoso que o proposto por Bradley (2005), o qual instituiu um profissional super-poderoso, o “Bed Czar”, para executar esta função. Nossa proposta é que esta gestão de vagas e ocupação de leitos seja compartilhada, pois a co- responsabilidade na criação e na manutenção do funcionamento é um dos elementos que interfere no padrão de subjetividade e cria maior sentido de pertencimento à equipe e ao projeto institucional. Outros elementos envolvidos na melhoria do fluxo de saída de pacientes do Pronto Socorro são a capacitação da equipe, a utilização de critérios de risco para atendimento da demanda, a utilização de tecnologia de informação e outros.

Os resultados preliminares do impacto da implantação da unidade de gestão de leitos e vagas no HUSE confirmam esses estudos, pois a redução de macas no PS adulto foi demonstrada. Percebe-se, ademais, que a nova organização do processo de trabalho relativo à disponibilização e utilização das vagas vem contribuindo para imprimir a cultura da responsabilização nas unidades de produção, para fazer frente à grande pressão que hospitais com o perfil de atenção para as urgência e emergências enfrentam. Ou seja, o problema da superlotação no serviço de urgência e emergência é um problema de todos e a solução deve ser construída internamente ao hospital e sistemicamente, em conjunto com a rede hospitalar (Asplin 2007). Outro ganho importante foi à quebra do mito “o HUSE é superlotado porque a demanda dos municípios do interior é alta”. Os hospitais do interior passaram a ofertar vagas, os pacientes em condições de transferência retornaram aos seus municípios de origem, devidamente medicados e referenciados. Passou-se a valorizar os primeiros sinais de ultrapassagem da capacidade operacional do PS, como as macas nos corredores, (Innes 2007) agilizando-se a utilização de leitos de retaguarda nos hospitais conveniados, demonstrando que a superlotação é gerenciável.

IV: Conclusão:

A implantação da gestão de leitos e vagas no HUSE não é uma intervenção isolada, faz parte de um programa de transferência de tecnologia em novos modelos de gestão e atenção hospitalar em andamento no estado. Simultaneamente, estão sendo implantados: (a) o modelo de atenção as urgências e emergências com organização do fluxo de atendimento dos pacientes por meio da classificação de risco, (b) a assistência realizada por equipes clínicas de atenção horizontal no PS e nas enfermarias, (c) assistência dos profissionais de enfermagem baseado na Sistematização da Assistência da Enfermagem, (d) assessoria em engenharia clínica, logística hospitalar, ambiência e padrão arquitetônico e (e) capacitação dos gerentes hospitalares no Curso de Extensão em Gestão Hospitalar.

Sabemos que os resultados obtidos na implantação da gestão de leitos e vagas, ainda são preliminares, instáveis, devendo ser usados com parcimônia para generalização da análise e não podem ser retirados do contexto de um novo projeto em construção no HUSE e no próprio SUS de Sergipe, carregado das “tensões da intervenção”. Ainda existe muita fragilidade na institucionalização do arranjo “Núcleo de Gestão de Leitos e Vagas”, com períodos de baixa valorização das visitas conjuntas ou desânimo frente a resistências ao processo de mudança, as quais tenderão a diminuir à medida que a nova política se viabilize no conjunto das unidades de produção do hospital. Existe um componente do papel desempenhado hoje pelo núcleo de gestão de leitos e vagas, que deverá ser absorvido pelos gerentes das unidades de internação, aquele que diz respeito à gestão da clínica dentro das unidades, identificando-se os pacientes em alta, as possibilidades de transferência para leitos de menor aporte tecnológico e a oferta de vagas para o núcleo/ central. Desta maneira acreditamos alcançar maior grau de sustentabilidade do arranjo organizacional. Os próximos passos apontam para o aperfeiçoamento do registro das informações para subsidiar a utilização dos indicadores hospitalares (Graff 2002), tanto que os dados relativos à taxa de mortalidade

(Richardson 2006; Sprivullis 2006) demandam aperfeiçoamento em seu registro para que possam ser utilizados como analisadores de resultados e por esta razão não foram comentados neste artigo. Todavia, uma das estratégias que oferecem melhores resultados é apoiar a construção da autonomia dos sujeitos que estão diariamente vivendo as tensões da produção de saúde no HUSE, de modo a se capacitarem para resolver mais problemas de saúde no cotidiano de seu trabalho.

V: Bibliografia:

- Asplin BR, Magid DJ. If you want to fix crowding, start by fix your hospital. *Annals of Emergency Medicine* 2007; 49: 273-274.
- Berwick, D.M., Godfrey, A.B. e Roessner, J. Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde. Makron Books do Brasil Editora, 1995.
- Bittencourt RJ, Hortale VA. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*; 12: 929-934, 2007.
- Bradley VM. Placing Emergency Department crowding on the decision agenda. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31: 247-258.
- Campos, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Editora Hucitec, 2000.
- Campos, Gastão W. S. Saúde Paidéia. Editora Hucitec, SP, 2003
- Campos, Gastão W. S. e Amaral, Márcia A. - A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (4): 849- 859, 2007
- Deslandes S.F. Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Editora FIOCRUZ 2002.
- Giglio – Jacquemot, A. Urgência e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Editora FIOCRUZ, 2005.
- Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J. Measuring and improving quality in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 2002; 9: 1091-1107.
- Innes G, Grafstein E, Stenstrom R, Harris D, Hunte G. Impact of an overcapacity care protocol on emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine* 2007: 14: suppl.1; S85.
- Institute of Medicine. Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point. Washington DC: Institute of Medicine 2007.
- Rollo, Adail A e Oliveira, Roseli C. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In Merhy, E. E. e Onocko, R. organizadores. *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 321-352
- Richardson D. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Medical Journal Australian (MJA)* 2006; 184: 213-216.

Sá D.A. Proposta metodológica para classificação dos hospitais de urgência / emergência do SUS. Brasília: Relatório Técnico / QUALISUS / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde maio 2005.

Sprivullis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelínek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal Australian (MJA)* 2006; 184: 208-212.

TO0111 - GERENCIAMENTO DE RISCO DE QUEDA : FERRAMENTA DA REABILITAÇÃO

Autor: JOSE CARLOS MARTINS; Co-autores: YUMI KANEKO; THIAGO NAKANDAKARE; VIVIAN GESTAS PFISZTER

Palavras-Chave: risco; queda ; gerenciamento; reabilitação.

O Hospital Geral de Pirajussara (HGP) é uma Organização Social de Saúde (OSS) gerenciada pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM-UNIFESP-EPM). A Unidade de Reabilitação (UR) pioneira em Gestão da Qualidade, tornou-se em 2006 a primeira reabilitação pública certificada nível 3 em excelência pela metodologia ONA e assim referenciada como modelo de reabilitação hospitalar.

Identificação do problema: Alta incidência de pacientes atendidos diariamente no Ambulatório da Unidade de Reabilitação que apresentam risco de queda.

Solução implantada: Em 2007 iniciamos o gerenciamento de risco de queda no ambulatório da Unidade de Reabilitação através de um acompanhamento detalhado dos pacientes avaliados para iniciar tratamento, e assim iniciou-se a elegibilidade do usuário que apresentasse algum tipo de risco de queda.

Caracterizados como riscos: todo o paciente com acometimento neurológico, crianças até 3 anos, idosos a partir de 65 anos, todo paciente com fratura de membro inferior (que faz uso ou não de auxílio para deambular), amputados e deficientes visuais.

Resultados: Através dos resultados, identificamos que 50,7% dos pacientes avaliados apresentam alguma das características de risco de queda. Considerando o alto índice encontrado, percebemos uma oportunidade de melhoria e intensificamos nossos cuidados como: exigir que todo paciente neurológico venha acompanhado de um adulto ou de seu cuidador; orientação para o uso de andador até a real melhora funcional dos pacientes idosos; reiterar a importância de respeitar o tempo de liberação de carga no membro afetado; orientação quanto ao uso de cadeira de rodas no interior do hospital quando se fizer necessário; orientações e palestras aos cuidadores no trato com o paciente; abordagem pessoal do terapeuta na Unidade na recepção do paciente ao início da terapia; orientações sobre cuidados e comportamentos durante a terapia.

Desde o início do gerenciamento obtemos um índice de 0% de queda em nossa Unidade de Reabilitação. Este indicador nos apresenta resultados que ao analisarmos, percebe-se a importância do gerenciamento do risco de queda, como ferramenta de auxílio na reabilitação, na promoção de saúde e qualidade de vida.

Fica evidenciado que a prevenção de acidentes é fundamental para garantirmos de maneira efetiva a segurança de nossos pacientes durante seu tratamento em nossas dependências e com isso evitando agravos em sua saúde e assim refletindo de maneira positiva e direta na

resolubilidade dos casos, na qualidade de nossa assistência, na satisfação do cliente bem como no fato de agregarem valores em nossa gestão.

T00113 - CONSELHO DE ACOMPANHAMENTO: PROPOSTA DE DIAGNÓSTICO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA A EFETIVAÇÃO DA QUALIDADE.

Autor: LUCIA CRISTINA DA SILVA PEDROSO; Co-autores: LUCIA HELENA VIANA; VIRGILIO HEGE DE OLIVEIRA; LUCIANA LOPES

Palavras-chaves: Estratégia Saúde da Família, monitoramento, avaliação, qualidade.

Introdução:

Para assessorar e garantir a qualidade das atividades, projetos e programas articulados com a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Secretaria Municipal de Saúde, mediante a Portaria n. 3.822, de 16 de fevereiro de 2002, recomendou a criação do conselho de Acompanhamento, cuja finalidade é fortalecer as lideranças locais com um trabalho que prime pelo monitoramento e acompanhamento dos indicadores, além de incentivar o aprimoramento dos profissionais de saúde e supervisionar a aplicação dos recursos disponíveis para que haja sua otimização e atenda as necessidades assistenciais. Desde 2005, a Coordenadoria da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina e Coordenadoria Regional de Saúde Leste iniciou um trabalho junto às supervisões: Tiradentes, Guaianases, Emelino Matarazzo, Itaquera, São Miguel Paulista e São Mateus; e também na Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste nas supervisões Penha e Aricanduva. A equipe é composta por médicos, enfermeiros e representantes técnicos. Objetivos: Elaborar um instrumento para o diagnóstico do serviço prestado pelas Unidades Básicas de Saúde com ESF, para melhoria da qualidade destes serviços Metodologia: Estudo descritivo do tipo relato de experiência. Para a realização do estudo foram utilizados como material documento norteador, o Termo de Convênio da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e o Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde. Resultados: A construção do instrumento para diagnóstico, monitoramento e avaliação dos indicadores do termo de convênio, caracteriza o processo de trabalho para o desenvolvimento dos serviços prestados pela unidade aos usuários, com o propósito de fortalecer as ações desenvolvidas pelos líderes/gerentes locais, por meio de educação permanente.

T00120 - SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL – GERENCIANDO RESÍDUOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Autor: EUZA ROTTER MONTIBELLER AMARAL; Co-autor: ANA MARIA CAMPO ALVES DA CUNHA

Palavras-chave: Resíduos. Gestão Ambiental. Reciclagem

Introdução: A escassez dos recursos naturais, somado ao crescimento da população que utiliza as instituições de saúde, aumentaram o impacto ambiental, e a preocupação com sustentabilidade, levou as instituições de saúde a se preocuparem com o impacto de seus resíduos no meio ambiente. Objetivo: sensibilizar os colaboradores do hospital com a responsabilidade ambiental, e aumentar o volume de resíduos reciclados, por meio do descarte correto. Metodologia: estudo realizado em hospital de médio porte, da cidade de São Paulo no período de 2007/2008. Neste período, foi implantada a pesagem mensal dos resíduos reciclados da instituição, em todas as áreas; elaboradas campanhas, como no refeitório dos colaboradores no horário do almoço e no jantar, visando à sensibilização sobre o processo; realizado treinamento institucional de acordo com o resíduo descartado disseminando informações gerais e específicas de cada setor; elaborados informativos atualizados mensalmente quanto à segregação correta e informações da quantidade de resíduo reciclável coletado e distribuído para todo o hospital. Constituiu uma comissão de resíduos composta de membros das áreas: assistencial, apoio, comercial e administrativa, no início de 2008, que se reúne mensalmente e realizam visitas aos setores, para orientação dos colaboradores, e propor estratégias de atuação individualizadas. Resultados: Em 2006 o total de reciclado foi de 75.646 quilos com média mensal de 6.300 quilos. Durante o ano de 2007 com o início de um trabalho mais focado a instituição apresentou um total de 56.424 quilos de resíduos recicláveis com média mensal de 4.702 quilos, bem inferior ao ano anterior demonstrando que as medidas tomadas não atingiram o objetivo proposto. Em 2008 com a Comissão de resíduos iniciou um trabalho mais direcionado e o volume de resíduos recicláveis chegou a 124.080 quilos, com média mensal de 10.340 quilos gerando um aumento de 5638 quilos/mês. Conclusão: A constituição da comissão de resíduos com representantes de vários setores apresentou um resultado mais eficaz com um aumento de 120% de materiais recicláveis no ano, por meio do envolvimento dos funcionários na execução e implantação da segregação dos resíduos recicláveis minimizando os riscos de saúde, sanitários e ambientais decorrentes dos resíduos sólidos, melhorando as condições de segurança e higiene no trabalho.

T00121- CPAP X LESÃO DE SEPTO: GERENCIAMENTO DE RISCO NA UTI NEONATAL

Autor: JOSE CARLOS MARTINS; Co-autores: LIGIA MARIA DA COSTA CANELLAS; YUMI KANEKO; VIVIAN GESTAS PFISZTER

Palavras-Chave: CPAP; lesão; septo; Neonatal; gerenciamento; risco

O Hospital Geral de Pirajussara (HGP) é uma Organização Social de Saúde (OSS) gerenciada pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM-UNIFESP-EPM).A Unidade de Reabilitação (UR) pioneira em Gestão da Qualidade, tornou-se em 2006 a primeira reabilitação pública certificada nível 3 em excelência pela metodologia ONA e assim referenciada como modelo de reabilitação hospitalar.

Identificação do problema: Risco de lesão de septo na UTI Neonatal devido à utilização de CPAP nasal.

Solução encontrada: O CPAP tem sido largamente utilizado para diversas patologias respiratórias em neonatos, lactentes e crianças pequenas. Apesar dos diversos pontos positivos, pode haver complicações locais decorrentes do seu uso, tais como: obstrução nasal por edema, sangramento nasal, deformidades e necrose do septo, até estenoses de coanas. Desde janeiro de 2006 quantificamos a incidência das complicações relacionadas ao CPAP instituindo um indicador de "Uso de CPAP x incidência de lesão de septo", gerenciando todos os neonatos que necessitavam de CPAP nasal por algum tipo de desconforto de origem respiratória assim como

mapeamento das possíveis causas dessa complicação bem como a instituição da massagem nasal de septo por horário e umidificação das narinas, uso precoce da placa de hidrocolóide, gerenciamento da escolha do tamanho do prongue adequado.

Resultados: Dentre as causas de lesão observou-se: tempo prolongado do uso do CPAP, escolha inadequada do número da prongue nasal e acidentes no momento da aspiração nasotraqueal. Por meio deste gerenciamento e intervenção foi possível aumentar o uso do CPAP na unidade, sem aumentar o índice de lesão de septo, que se mantém em aproximadamente 2% em um universo de densidade de 1509 pacientes/cpap/ano. Em relação aos episódios de lesão foi possível controlar sua evolução, notificando desde o início 1 lesão grau IV, 6 lesões grau III, 10 lesões grau II e 13 lesões grau I.

A coleta sistemática de informações além de proporcionar o monitoramento dos quadros quantitativos das atividades praticadas deve refletir a realidade assistencial de cada instituição hospitalar. O conjunto dessas informações reunidas ordenadamente resulta em indicadores de processo, instrumento fundamental que permite adequado planejamento da assistência prestada e programação das ações a serem desenvolvidas. Por meio do uso de indicadores na UTI neonatal é possível o gerenciamento de processos, contribuindo para o desenvolvimento e aprimoramento assistencial e da gestão, traduzido em excelência na assistência e no bem estar do paciente.

T00123- IMPLANTAÇÃO DE SISTEMÁTICA DE CHECAGEM DIÁRIA DAS ATIVIDADES ASSISTENCIAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor: MARIA ALICE MARCONDES GOMES; Co-autor: MARISA SANTOS ZERZA

Palavras-chave: Enfermagem, não conformidades, checagem diária, segurança do paciente.

Este trabalho visa relatar a experiência da implantação de uma sistemática de checagem diária, das atividades assistenciais, por plantão, da Unidade de Terapia Intensiva Adultos de um hospital geral, privado, na cidade de São Paulo. Foi elaborado um instrumento, check list (CL), com itens assistenciais. Os profissionais foram treinados para checarem as atividades durante o plantão. O objetivo deste instrumento visa à redução da incidência de não conformidade setorial (NCS) e a redução da incidência de NCS relacionada a erro na administração de medicamentos (EAM) pela enfermagem. A avaliação da experiência foi eficaz, houve redução significativa nos índices das NCS pela detecção precoce das falhas, sedimentação das rotinas setoriais, bem como redução na incidência de NCS para EAM garantindo assim, a segurança na assistência cuidativa.

Situação: aumento crescente na incidência de NCS; indicadores assistenciais EAM fora de meta; inexistência de uma sistemática de checagem diária das atividades assistenciais de enfermagem no plantão; demora na identificação e atuação nas falhas técnicas.

Plano de Ação: Criação de um instrumento sistematizado (com itens de maior notificação de falhas) para checagem durante o plantão; realização de treinamento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem no correto uso do instrumento; avaliação dos resultados da operacionalidade do instrumento e redução das NCS e EAM.

Monitoramento: Realizado mês a mês, por meio de análise das NCS e da notificação das NCS para EAM, sendo discutidas com equipe multiprofissional e, então, desenvolvidas novas estratégias.

Resultados:

Mês	Set.06	Out.06	Nov.06	Dez.06	Jan.07	Fev.07
nº NCS	206	183	159	156	103	147

Mar.07	Abr.07	Mai.07	Jun.07	Jul.07	Ago.07	Set.07
59	39	16	07	06	15	08

O CL foi implantado em dezembro de 2006. Foi constatado que o CL trouxe resultados satisfatórios, com redução significativa da incidência de NCS, redução nos índices de glosas, destaque para redução da incidência de NCS para EAM. Foi aberta melhoria contínua com redução progressiva na meta mensal para o indicador EAM. Verificou-se conscientização e reconhecimento unânime de toda equipe multiprofissional da utilização do CL, como norteador de segurança assistencial, e devido a estes benefícios foi criado um documento institucional, via sistema, tomando o CL parte da rotina diária.

T00127 - PROGRAMA DE COMPARAÇÃO INTERLABORATORIAL EM HEMATOLOGIA E BIOQUÍMICA NO LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA:

DESAFIOS, IMPLANTAÇÃO E INOVAÇÃO

Autor: RAIMUNDA TELMA DE MACEDO SANTOS; Co-autores: JERENICE ESDRAS FERREIRA; KAREN MIGUITA; MARINA YOSHIE SAKAMOTO MAEDA

Palavras-chave: controle de qualidade, sangue, soro, bioquímica, hematologia.

Atendendo a missão institucional e visando implementar programas de garantia da qualidade dos laboratórios públicos, a Divisão de Patologia implantou em outubro de 2003 o Programa de Comparação Interlaboratorial em Hematologia e Bioquímica (PCIHB) do Instituto Adolfo Lutz. A participação dos laboratórios públicos em programas de controle de qualidade interlaboratorial oferece benefícios como realizar a auto-avaliação do laboratório e do analista, identificar erros analíticos, promover ações corretivas e/ou preventivas, evidenciar a necessidade de treinamentos e mudanças nos procedimentos analíticos, reduzir custo da análise evitando repetições e aumentar a confiabilidade dos clientes. Além disso, possibilita aos laboratórios atenderem aos requisitos da norma estabelecida pela ABNT NBR ISO/IEC 17025 pelas Portarias CVS-01 de 18/01/2000, CVS 13 de 04/11/2005, RDC nº 302 de 15/11/2005. As amostras de sangue e soro utilizadas neste Programa são únicas, produzidas e validadas pelas seções de Hematologia e Bioquímica. Tanto a produção de amostra de sangue

como de soro são realizadas em conformidade com as Boas Práticas de Fabricação da Portaria nº 686/1998 do SVS/MS. O PCIHB iniciou com 12 laboratórios e atualmente conta com a participação de 45 laboratórios da Rede Pública e conveniado. No período de 2003 a 2006, os parâmetros hematológicos (glóbulos brancos, glóbulos vermelhos, hemoglobina e hematócrito) e bioquímicos (glicose, uréia, triglicérides, colesterol, creatinina e proteínas totais) eram analisados em 10 dias consecutivos. O desempenho de cada laboratório foi avaliado pela exatidão, coeficiente de variação e incerteza. Em 2007 e 2008 foram encaminhadas respectivamente 2 e 3 amostras a serem analisadas em triplicata, em um único dia, sendo que no ano de 2008 foram inseridos dois parâmetros bioquímicos: ALT e AST. Para a avaliação estatística do desempenho analítico são utilizados os testes de Z-score robusto e coeficiente de variação. Com o aumento crescente dos laboratórios na participação do PCIHb nos levou ao desenvolvimento do site, facilitando o processo burocrático e permitindo o acesso através de senha. Com a constante evolução do PCIHb, atualmente estamos visando à implantação do Ensaio de Proficiência. Na busca da excelência e melhoria das análises, a equipe do PCIHb tem proporcionado educação continuada aos laboratórios, por meio dos Clubes de Hematologia e Bioquímica e Workshop, visto a dificuldade ou falta de oportunidade que os profissionais da Rede Pública têm em se atualizar ou ampliar seus conhecimentos. Como fruto desse trabalho, o PCIHb resultou em publicações e foi reconhecido pela sua originalidade e qualidade recebendo o Prêmio de melhor trabalho em 2007 no Congresso Brasileiro de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, Salvador-Bahia.

T00129 - GESTÃO DA QUALIDADE ASSISTENCIAL ATRAVÉS DO USO DE INDICADORES: O CASO DA MÉDIA DE PERMANÊNCIA

Autor: MARIZA MACHADO KLÜCK

Palavras-chave: Gestão da qualidade assistencial; Sistemas de Informação Hospitalares; indicadores hospitalares; média de permanência.

Identificação do problema:

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é um hospital público, geral e universitário que atende prioritariamente a pacientes do SUS, respondendo por cerca de 15% de todas as internações SUS realizadas em Porto Alegre e 26% daquelas realizadas em hospitais públicos. A qualidade assistencial é definida pelo Hospital como sendo o compromisso de prestar a melhor prática, ao menor custo, ao maior número de pessoas, com equidade. Em 1995, foi constatado que a média de permanência (MP) estava muito elevada (10,1 dias) em comparação a outros hospitais de características semelhantes, tendo sido tomadas algumas medidas para diminuí-la, tais como a sensibilização das equipes médicas e melhorias nos tempos de emissão de laudos diagnósticos. Estas medidas fizeram efeito por algum tempo, tendo a MP baixado para 9,2 dias em 1999, voltando, porém, a subir (fig. 1).

Solução implantada:

Em 1999, a gestão dos indicadores de qualidade assistencial passou a ser feita por uma equipe técnica especializada e, a partir de 2002, o novo conjunto de indicadores selecionados passou a estar disponível em um sistema informatizado (IG- Indicadores de Gestão) baseado no prontuário eletrônico da instituição. Novamente foram diagnosticados os problemas que provocavam a longa permanência e foram realizadas as intervenções necessárias, o que provocou a queda progressiva da MP de 9,7 em 2001, para 8,4 dias em 2008. Além das medidas tomadas, os Serviços assistenciais, além de terem acesso ao IG para consultas e análises próprias, passaram a receber relatórios de análises dos principais indicadores do Hospital, com gráficos e textos analíticos e comparações entre as diferentes especialidades.

Resultados obtidos:

A MP não voltou a crescer, tendo sido reduzida em cerca de 1,3 dias entre 2001 e 2008 (fig. 1).

Em grande parte, este desempenho se deve à disponibilidade de um sistema de informações adequado, confiável e disponível, que está fazendo com que cada Serviço do Hospital passe a acompanhar seu desempenho, comparando-o com o desempenho dos demais Serviços e estabelecendo metas de melhorias. Como resultado concreto, podemos concluir que com esta redução de 14% na MP obtida a partir de 2001, tornou-se possível a realização de cerca de 3.800 internações a mais, somente com o aproveitamento dos leitos-dia liberados, conforme pode ser verificado na simulação realizada na tabela 1.

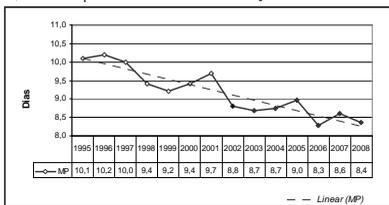


Fig. 1- Média de Permanência no HCPA: 1995-2008

Tabela 1: Redução da MP e aumento de internações no HCPA: 2001 a 2008

	2001	2008 simul.	2008 real
Leitos	722	745	745

Taxa de ocupação	90,6%	89,6%	89,6%
Leitos/dia	263.530	271.925	271.925
M. Perm (dias)	9,7	9,7	8,45
Internações	24.614	25.118	28.930
		Internações:	+ 3.812

Conclusão:

A disponibilidade de um conjunto de indicadores de qualidade assistencial é fundamental para a gestão adequada desta qualidade, dentro dos princípios propostos por cada instituição hospitalar.

T00141 - REVISÃO DE PROCESSO E AÇÕES DE MELHORIA

Autor: PRISCILA MATHEUS; Co-autores: ANA MARIA VAN LANGENDONCK FLORIO DE ANDRADE; ANA PAULA NOVAES; MARCELO FURIA CESAR

Os serviços de saúde devem melhorar a estrutura, o processo e o resultado, buscando a melhoria contínua. Originado nos Estados Unidos o Sistema de Dispensa Automática de Drogas (SDAD) com facilidades como cabines instaladas na unidade de enfermagem, entrada de prescrições médicas, seleção das drogas na farmácia e geração de relatórios também se propõe a reduzir erros e o desperdício de medicação. Entendendo que as falhas geram custos, realizamos uma revisão de processo em uma Unidade de clínica médica, objetivando ações de melhoria com base na metodologia 6 sigma utilizando o modelo DMAIC: definição de oportunidade; medição de desempenho; análise de oportunidade; implementação de melhoria de desempenho; e controle do desempenho. Assim, estudamos o processo de dispensação, via SDAD, de dois itens: Ampolas de SF a 0,9% e Seringas de 10 ml.

A Unidade possuía um histórico de divergências entre os itens abastecidos e retirados, demonstrados nos relatórios gerados, onde, de um total de 5905 Ampolas SF, identificou-se uma discrepância de 281 unidades (4,76%). Com relação às Seringas, de um total de 6188 itens, a discrepância ocorreu em 225 (3,64%), projetando uma perda anual de R\$ 5132,47 para Ampolas e R\$ 2120,63 para Seringas.

Analisando o processo de dispensação através das ferramentas SIPOC e Fluxograma, e as possíveis causas da discrepância, através do Brainstorming e Diagrama de Ishikawa, identificamos que o aspecto mais frágil estava na intervenção humana, realizada com maior frequência pela equipe de enfermagem; desta forma, as ações foram voltadas para esta, sem considerar a equipe da farmácia. Implementamos um plano de ações de melhoria no período de 22 à 06/10/08, descrito no formato 5W2H, com treinamento setorial, validação individual e projeto lembrete, assim como a proposta de ações futuras.

Sob a ótica 6 Sigma, considerando a discrepância equivalente a defeituoso, identificamos seis oportunidades de erro: área física, falha humana, falha do sistema, fragilidade do equipamento, ausência de controle e alta demanda. Ao avaliar os resultados obtidos após as ações de melhorias, verificamos que ocorreu uma redução nas discrepâncias para 1,42% para Ampolas de SF, e 1,37% para Seringas, sendo projetada uma perda anual de R\$1.716,91 e R\$ 735,15 respectivamente, ou seja, os resultados da divergência mostraram uma redução de 70,17% para Ampolas e 62,37% para Seringas, destacando que a realização de uma abordagem de sensibilização e orientação àqueles envolvidos diretamente no processo é uma conduta benéfica com diminuição significativa dos custos para a Instituição.

Salientamos que o conceito da SDAD como um sistema de controle de materiais ou de diminuição de custos deva ser rediscutido. Entendemos que este equipamento pode ser considerado um importante instrumento auxiliar de armazenamento em unidades de clínica médica, porém nenhum sistema automatizado garante a total segurança se não houver a educação e conscientização dos profissionais que o utilizam.

T00145 - AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA UTILIZAÇÃO DE UMA TÉCNICA DE FIXAÇÃO DE PRONG DO CPAP NASAL EM RECÉM-NASCIDOS DE UMA UTI NEONATAL

Autor: DANIELA SAYURI MISAWA; Co-autores: IRENE CRISTINA MACIEL BUENO OLIVEIRA; AUZENY AGUIAR NOVAES QUINTÃO

Palavras-chave: recém nascido, assistência de enfermagem, CPAP

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

No período de agosto de 2006 a julho de 2007, antes da implantação do protocolo na unidade, tivemos 268 cpap/dia com um número absoluto de lesões de 16 e a densidade de lesão de 58/1000 pacientes cpap/dia. A metodologia utilizada foi o relato de experiência.

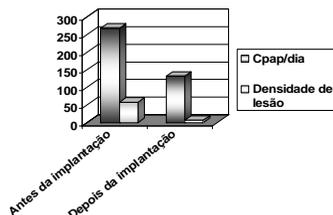
2 – SOLUÇÃO IMPLANTADA E RESULTADOS OBTIDOS

O protocolo foi implantado em agosto de 2007, e consta da seleção padronizada do tamanho da prong em relação ao peso do neonato, fixação dupla do cateter para melhoria da estabilidade através de uma técnica específica, uso do hidrocolóide para proteção do septo e desconexões nasais periódicas para melhora da circulação local e redução da isquemia tecidual. Este protocolo é percebido pela equipe de enfermagem como efetivo para a redução das complicações do CPAP nasal e facilita a sua manutenção nos neonatos. Esta percepção da equipe de enfermagem é comprovada nos indicadores de qualidade do serviço neonatal através dos dados de crianças em cpap/dia e número de lesão nasal por mês.

No período de agosto de 2007 a julho de 2008, a quantidade de crianças em cpap/dia foi de 132 e a densidade de lesão passou para 7/1000 pacientes em cpap/dia.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do CPAP nasal é um tratamento com participação efetiva da equipe de enfermagem, responsável pelos cuidados diretos com o recém-nascido. O papel da enfermeira é de grande significado, uma vez que acreditando na importância do tratamento e se envolvendo para o sucesso da terapia obtém da equipe de enfermagem uma participação mais efetiva nos cuidados específicos para sua manutenção.



TO0152 - PROJETO QUALIFICAÇÃO DA REDE DE PRESTADORES DE UMA COOPERATIVA MÉDICA

Autor: MÔNICA SILVA MONTEIRO DE CASTRO; Co-autores: FÁBIO LEITE GASTAL; SERGIO ADRIANO LOUREIRO BERSAN; ELIANA CARDOSO VIEIRA

Palavras-chave: qualificação; prestadores; hospitalares; cooperativa médica; rede; ONA; ISO 9001:2000

Identificação do problema: Problemas de gestão, inconsistências em termos de estrutura físico-funcional e no parque tecnológico na rede prestadora de uma cooperativa médica, com ausência de monitoramento de resultados e impactos na segurança do usuário.

Solução implantada: Em agosto de 2005 a cooperativa médica deu início ao Projeto de Qualificação da Rede de Prestadores Hospitalares com o objetivo de incentivar a implantação de sistemas de gestão e qualidade (SGQ) com base nas metodologias da ONA ou da ISO 9001:2000. Foi instituída uma "taxa de qualidade" (estímulo à implantação) referente a 7% do valor da diária global a partir da assinatura de um termo de adesão ao Projeto, onde os prestadores acordaram em buscar a certificação externa em 3 anos. A equipe do Núcleo da Qualidade da cooperativa médica realizou auditorias trimestrais nos prestadores para verificar o desenvolvimento da implantação do Sistema de Gestão e Qualidade. Dependendo dos resultados encontrados nas auditorias, a taxa de qualidade poderia ser suspensa até que uma nova visita que evidenciasse a retomada da implantação do sistema de gestão. Conquistada a certificação, a taxa de qualidade se substitui pela incorporação na diária global do percentual de 7% (ONA I), 9% (ONA 2 ou ISO 9001:2000) ou 15% (ONA III). A cooperativa médica também ressarciu 50% das despesas gastas com a contratação das certificadoras para realizar as visitas de diagnóstico, avaliação/certificação e manutenções do primeiro ciclo.

Resultados obtidos: Observaram-se mudanças rápidas na rede de prestadores, evidenciando melhoras significativas na assistência prestada tendo como resultado 13 hospitais certificados, sendo 5 certificados ISO 9001:2000, 6 ONA nível 2 e 2 ONA nível 3 em dezembro 2008. Nos dois primeiros meses de 2009 o movimento continuou com muita intensidade e mais dois hospitais conquistaram ISO 9001:2000 e 1 ONA nível 2. O estímulo também fica evidente quando observamos que os hospitais conquistaram outras certificações tais como, a ISO 14001: 2004, Prêmio Mineiro de Qualidade e ISO 18001:2007. A previsão é que nos próximos 14 meses mais 5 hospitais sejam certificados. Esta cooperativa médica lança em 2009, de forma pioneira no Brasil, a implantação da norma AS/NZS 4360:2004 voltada para a gestão de riscos, com um conjunto padronizado de indicadores, baseados na RENAICDE - Rede Nacional de Indicadores Comparativos de Desempenho e Excelência (ONA) que serão monitorados e permitirão compartilhamento em rede das melhores práticas.

TO0154 - EVENTOS ADVERSOS COM HEPARINA: UM PROBLEMA NACIONAL, UMA EXPERIÊNCIA LOCAL

Autor: HELAINE CARNEIRO CAPUCHO; Co-autores: JOANA PAULA MOTA PINTO; GUILHERME DE PAULA LEMOS

Palavras-chave: heparina, qualidade, evento adverso, gerenciamento de risco, segurança do paciente.

Identificação do problema: No Brasil, a interrupção da comercialização de uma heparina não fracionada (HNF) de origem porcina obrigou os serviços de saúde a substituí-la por outras de origem bovina. Essa mudança aumentou o número de casos de eventos adversos (EA) relatados à Anvisa, já que há uma diferença na potência dessas heparinas: a de origem porcina apresenta maior potência do que a de origem bovina. Além disso, tem havido uma grande preocupação com o padrão de qualidade da HNF em virtude da suspeita da presença de alguns contaminantes nas matérias-primas, como o sulfato de condroitina e o dermatan sulfato, que podem tanto afetar a efetividade do medicamento, quanto propiciar o surgimento de eventos adversos graves. O Gerenciamento de Risco (GR) de um hospital da Rede Sentinela da Anvisa também foi notificado sobre o aumento da incidência desses eventos.

Solução implantada: No início do ano de 2008, o GR fez uma busca sobre notificações de eventos adversos com heparina nos anos anteriores. A partir disso, estimulou notificações espontâneas sobre esses EA. Posteriormente, com o aumento de notificações sobre esses problemas em cirurgias cardíacas (CC) com circulação extra-corpórea em vigência do uso de uma marca específica de HNF, todos os lotes foram interditados e a marca foi suspensa na Instituição para evitar novas aquisições do mesmo. Além disso, foi realizada monitorização intensiva dos EA nas CC e o perfil das notificações foi traçado.

Resultados obtidos: Entre 2002 e 2008, houve 20 notificações de eventos adversos com HNF, sendo que 90% (n= 18) ocorreram no último ano, e, destas apenas 22% (n=4) foram detectadas durante a monitorização intensiva, já que a mesma ocorreu após a interdição dos lotes e da marca-problema, resultando na redução dos EA. Acredita-se que houve subnotificação de EA com HNF anterior à monitorização, pois muitos relatos informais sobre os problemas não foram formalizados ao GR. Não houve diferença significativa entre a ocorrência de EA entre os sexos, pois 46% dos pacientes eram do sexo feminino e 56% do masculino, a maioria branca (70%) e adulta (49%), ou seja, tinham entre 19 e 64 anos. A maioria das reações (60%) foram do tipo F, ou seja, falha da inesperada da terapia, sendo os maiores notificadores os médicos (59%). Apesar da redução dos EA ter sido imediata após as intervenções adotadas pelo GR, o problema não foi completamente sanado, já que o desabastecimento de HNF no mercado nacional forçou o hospital a utilizar aquele que já se encontra suspenso na Instituição. Assim, conclui-se que as ações locais de gerenciamento de risco reduzem os EA, porém não são suficientes. É necessário que seja elaborado um plano efetivo de gerenciamento de risco em âmbito nacional.

T0161 - INFORMAÇÃO MÉDICA E GESTÃO ASSISTENCIAL – A CONTRIBUIÇÃO DA TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

Autor: MARCIA MARTINIANO DE SOUSA E SA; Co-autor: DENISE SCHOUT

O programa de residência médica da Faculdade de Medicina da USP passou a fornecer bolsas para anos adicionais apenas quando subsidiadas por instituições externas a partir de 2008. O departamento de Medicina Preventiva ofereceu pela primeira vez ano opcional (R3) com concentração em administração em saúde subsidiado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. O programa foi realizado com parte do tempo dedicado no Núcleo de Informações em Saúde do HC-FMUSP e parte no Hospital Sírio Libanês. Como parte das atividades no hospital filantrópico, foram realizadas entrevistas com os gestores, com o intuito de identificar o grau de conhecimento destes sobre as limitações e potencialidades do sistema de informação hospitalar e levantar quais as suas principais necessidades de informação. Ficou claro que parte dos gestores não conhecia as potencialidades do sistema, as rotinas de coleta e análise da informação, bem como, o perfil assistencial da instituição. Outro ponto observado foi sobrecarga do setor de Tecnologia da Informação (TI), tida como responsável pelas dificuldades em se obter informação para gestão. Desta feita, optou-se por concentrar as atividades do médico residente na TI. Uma vez identificadas as defasagens do sistema, trabalhou-se junto à equipe de TI um programa capaz de gerar um banco de dados sobre o movimento de internação com as variáveis necessárias para responder as principais questões assistenciais. O banco recuperou as passagens desde 2003. O processo de validação e consistência das informações veio aprimorando esta base a qual deverá compor um "BI". Durante esse trabalho a equipe gerencial recebeu e acompanhou o perfil institucional com dados demográficos, clínico-epidemiológicos dos pacientes internados, tipos de procedimentos, passagens na UTI e perfil dos óbitos. No processo de construção e validação das informações foi possível conhecer de forma abrangente os principais fluxos de tratamento das informações na instituição. Como ganho adicional relevante resultou na integração com a equipe de TI, que permitiu compreensão e valorização das diversas etapas do trabalho e aplicabilidade dos dados e informações antes pouco percebidos pelos profissionais de TI. Com a base de dados gerada sem inconsistências e erros e uma série histórica de cinco anos do hospital consolidada o uso para planejamento e gestão foi potencializado. A articulação mais próxima entre a equipe de extração de dados do sistema e os especialistas em análise e gestão das informações os serviços aumentam sua capacidade de uso das informações produzidas.

T00163 - TRAQEOSTOMIA X DECANULAÇÃO: GERENCIAMENTO DE RISCO PARA QUALIDADE DE VIDA

Autor: JOSE CARLOS MARTINS; Co-autores: YUMI KANEKO; LIGIA MARIA DA COSTA CANELLAS; VIVIAN GESTAS PFISZTER

Palavras-chave: Traqueostomia / decanulação / gerenciamento / risco

Identificação do problema:

Alta Incidência de pacientes traqueostomizados atendidos no ambulatório de Reabilitação pós-alta Hospitalar (Clínica Cirúrgica II).

Solução encontrada:

Em Junho de 2004 a equipe de fisioterapia iniciou o acompanhamento mensal do processo de decanulação, assim como as causas para o atraso da mesma, objetivando que todos os pacientes da Clínica Cirúrgica II traqueostomizados durante sua internação estivessem decanulados no momento de sua alta hospitalar. Caso o objetivo não fosse atingido, os motivos deveriam ser identificados para análise do processo e possível necessidade de intervenção, visando sempre a melhora da qualidade de vida destes pacientes. Foi estipulado como critério de exclusão do protocolo os pacientes traqueostomizados com característica de ventilação mecânica dependente permanente, programação de cirurgia eletiva, e aqueles submetidos a traqueostomia definitiva.

Resultados:

Durante o período de aplicação do protocolo os resultados foram: 2004 = 97,14 % / 2005 = 92,16% / 2006 = 91,83% / 2007 = 79,63% / 2008 = 100% respectivamente de sucesso de pacientes decanulados no momento da alta hospitalar.

Percebendo a oportunidade de melhoria deste processo, iniciou-se em 2007 um mapeamento mais refinado deste perfil de pacientes, como: complicações relacionadas a traqueostomia, índice de óbito e fatores que inviabilizam ou atrasam a decanulação.

A decanulação precoce é uma importante ferramenta para prevenção de complicações, pois minimiza tempo de internação, diminui o número de reinternações, reduz risco de infecção respiratória, melhora da qualidade de vida, além de facilitar a abordagem terapêutica ambulatorial. No que diz respeito à instituição, a preocupação da gestão com a prática da qualidade na assistência impacta na diminuição de gastos e custos, otimizando a disponibilidade de leitos, proporcionando o objetivo principal como instituição pública, a viabilização de atendimento.

T00164 - REESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Autor: IVANA LUCIA CORREA SIQUEIRA DE PIMENTEL; CO-AUTORES: HELEN M^a BENITO SCAPOLAN PETROLINO; GIANE ROSI EMANN TAVARES; ROSANGELA ARAUJO MAZZINI

Identificação do problema: Devido à ampliação e abertura de novas áreas e especialidades, aumento do quadro de profissionais de enfermagem em 17% em um ano e sob a influência do processo de acreditação internacional, foi necessário reformular o modelo de treinamento da enfermagem com foco no desenvolvimento profissional e segurança do cuidado em um Hospital Geral Filantrópico do Município de São Paulo.

Solução implantada: A reestruturação do modelo de treinamento dos profissionais de enfermagem teve como premissa alinhar e integrar os conceitos e técnicas básicas do cuidado nas diversas especialidades e áreas de atuação, verificar o nível de conhecimento, a padronização e a qualidade do cuidado, por meio de acompanhamento da assistência ao paciente por tutores. Esse método tem promovido o direcionamento de ações de desenvolvimento individualizado e identificação de talentos. O modelo de trabalho implementado há 1 ano está estruturado em 3 módulos:

Módulo 1-Sustentação: Treinamentos básicos de enfermagem. Módulo 2-Educação contínua e individualizada: Enfermeiros seniores acompanharam o cuidado ao paciente avaliando e corrigindo o desempenho técnico pontualmente por meio de um roteiro de observação e realização de provas identificando profissionais com alguma deficiência técnica primária, conhecimento teórico insuficiente e/ou dissociado da prática assistencial.

Módulo 3-Aperfeiçoamento das boas práticas de enfermagem: Treinamento teórico-prático intensivo utilizando técnicas de PBL, dramatização, jogos e simulações.

O modelo envolveu ainda o monitoramento de indicadores de qualidade da assistência e ações de educação pautadas na especialidade e fragilidades identificadas, conduzidas por grupos especializados e pelos gestores de enfermagem das unidades.

Resultados: No módulo 1 foram realizados 5 treinamentos institucionais com carga horária de 6 horas ano abordando: Sinais Vitais, Avaliação e Manejo da Dor, Medicação, Suporte Nutricional e Atendimento à PCR, todos com participação acima de 80%. O módulo 2 foi aplicado segundo critérios como data de admissão, tempo na função e área de atuação. Participaram 640 profissionais (95% do público alvo) das unidades de internação, semicríticas e críticas (Uls) e áreas específicas do serviço de diagnóstico. A média de desempenho foi 8,0 e 17% dos avaliados nas Uls foram indicados para revisão e monitoramento de pontos técnicos específicos (Módulo 3) com carga horária de 12 horas. Os indicadores de qualidade da assistência, ações educativas dos grupos especializados e treinamentos nas unidades são monitorados. Foram realizados 133 treinamentos (80 horas/ano) pelas unidades e grupos especializados. Esse método tem promovido o alinhamento dos processos de trabalho instigando o raciocínio clínico ao mesmo tempo em que valoriza o atendimento operacional e preceitos da qualidade criando uma atmosfera de construção compartilhada.

T00165 - DIVULGAÇÃO DO TIME DE RESPOSTA RÁPIDA COMO FERRAMENTA PARA A QUALIDADE: IMPACTO SOBRE A MORBI-MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR.

Autor: ANTONIO GABRIELE LAURINAVICIUS; Co-autor: FABIO PETERLINI

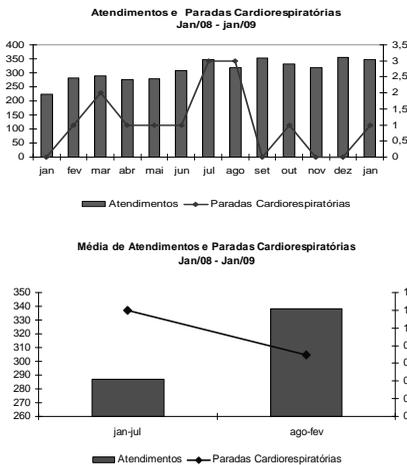
Palavras-chave: Divulgação, Time Resposta Rápida, Hospitalistas, Segurança, Mortalidade Intra-Hospitalar.

Fundamento: Garantir a segurança do paciente internado é hoje um dos principais desafios da gestão da qualidade na área da saúde e representa o alicerce dos sistemas de acreditação hospitalar. Entre as estratégias mais eficazes destacam-se a criação de Times de Resposta Rápida (TRR) e o gerenciamento de protocolos preventivos. Foi demonstrado que a implantação destas medidas leva à redução dos riscos decorrentes da internação hospitalar. Entretanto, observa-se ainda um risco residual que permanece alto apesar das medidas implantadas.

São necessárias, portanto, novas estratégias institucionais para minimizar este risco residual. Nossa instituição conta, desde 2006, com uma Equipe de Médicos Hospitalistas que representa o TRR do hospital e, ao mesmo tempo, gerencia protocolos de segurança do paciente internado. Em Agosto de 2008 iniciou-se uma intensa campanha de divulgação dos protocolos assistenciais gerenciados pela Equipe, como estratégia para aumentar seu impacto sobre a morbi-mortalidade intra-hospitalar.

Objetivo: Avaliar o impacto da divulgação sistemática do TRR e dos protocolos preventivos gerenciados pela Equipe de Médicos Hospitalistas sobre o número de atendimentos realizados pela Equipe e a incidência de paradas cardio-respiratórias nas unidades de internação não-críticas do hospital.

Métodos: Realizamos um ciclo de treinamento e divulgação, baseado em palestras obrigatórias dirigidas à totalidade dos operadores dos protocolos (equipes médicas e de enfermagem). Avaliamos o volume de atendimentos pelo TRR e o número de paradas cardio-respiratórias nas unidades não-críticas



do hospital, registrados durante o semestre anterior e o semestre seguinte à campanha de divulgação.

Resultados: A divulgação levou a um aumento de 30% no número de atendimentos, associado a uma redução de 40% no número de paradas cardio-respiratórias nas unidades de internação não-críticas do hospital.

Conclusões: Ações tão simples como a divulgação e o treinamento podem gerar impacto substancial sobre a segurança do paciente internado e são medidas amplamente custo-efetivas na redução do risco decorrente da internação hospitalar. Por outro lado, adotar protocolos institucionais pode não ser uma medida suficiente, quando não associada a um efetivo sistema de divulgação e treinamento dos operadores.

T00166 - ESTRATÉGIA DE CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

Autor: DANIELLA VIANNA CORREA KROKOSZCZ; Co-autores: ROSEMEIRE CARRETERO MARQUES DE BARROS; SIMONE MATTOSO MITUSHIMA; THAIZ ANGELICA FRANZONI DA SILVA

Palavras-chave: Capacitação em serviço; Educação continuada em enfermagem; Hospitais privados.

RESUMO

O objetivo deste artigo é apresentar um programa de capacitação de enfermeiros recém admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de adultos de um hospital privado de São Paulo. Estruturado de forma a organizar o processo de ingresso de novos funcionários frente à ampliação do quadro de profissionais gerada pelo aumento do número de leitos da UTI adulto, o programa está dividido em duas fases. A primeira ocorre ainda no setor de Educação Continuada, com a atuação de enfermeiros seniores e destina-se à orientação de normas e rotinas da instituição, aulas teóricas com temas específicos de assistência de enfermagem, protocolos institucionais e revisão técnica de procedimentos. Na segunda fase dividida em duas etapas, sendo a primeira com aproximadamente sete dias, os ingressantes tem aulas teóricas de protocolos específicos da UTI e realizam atividades assistenciais, incluindo cuidado direto ao paciente e tarefas administrativas com um monitor de treinamento, denominado enfermeiro preceptor. A segunda etapa desenrola-se com maior autonomia, na qual o ingressante é acompanhado à distância e o enfermeiro preceptor tem atuação predominante como pessoa de referência para sanar dúvidas e reorientar o que for necessário. Este programa tem apresentado bons resultados em relação à individualização do treinamento, na medida em que atende as necessidades específicas da UTI, motivando a participação de toda a equipe de enfermagem.

T00167- IMPLEMENTAÇÃO DA CHECAGEM DE SEGURANÇA PRÉOPERATÓRIA COMO METODOLOGIA PARA DIMINUIR OS RISCOS ASSISTENCIAIS

Autor: ANA LUCIA SILVA MIRANCOS CUNHA; Co-autores: FABIANE CARDIA SALMAN; SANDRA CRISTINE DA SILVA; SERGIO SAMIR ARAP

Palavras-chave: segurança, check list, cirurgia, anestesia, riscos

IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA: As cirurgias tomaram-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 a pacientes, procedimentos ou local cirúrgico ocorram. Um estudo longitudinal publicado no New England Journal of Medicine revela que a realização de uma verificação antes das cirurgias reduz a mortalidade (em até 47%) e as complicações pós-operatórias (36%), aumentando a segurança dos procedimentos. A utilização de listas de verificação e check-lists para aumento da segurança na área da saúde tem apresentado uma alta efetividade, porém com difícil implementação, como afirma o Dr. Peter Pronovost em artigo na revista New Yorker, onde descreve a sua utilização no combate a infecções hospitalares.

SOLUÇÃO IMPLANTADA: Desde que o hospital optou por participar de acreditação hospitalar internacional, vários processos foram reavaliados e ou implantados, para adaptação às exigências de segurança em pacientes vulneráveis e críticos. Um deles é o Time-out, conhecido como a pausa de verificação antes do início de um procedimento, parecido com o check-list do piloto antes de um voo. O hospital considera a checagem de segurança pré-operatória em vários momentos: agendamento cirúrgico, Forecast com 48 e 24 horas de antecedência, admissão do paciente na recepção, admissão do paciente na Unidade de Internação, Check-in no Centro Cirúrgico e a verificação antes da indução anestésica (Time out). Os itens de segurança considerados foram: o correto preenchimento de impressos obrigatórios; a confirmação da identificação do paciente e da demarcação do sítio cirúrgico; posicionamento cirúrgico, a antibióticoprofilaxia e a presença de todos os equipamentos e materiais em sala necessários para a cirurgia.

RESULTADOS OBTIDOS: Desde a implementação, o Centro-Cirúrgico identificou três casos onde, por incorreção 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 2008, 78% dos procedimentos cirúrgicos do hospital tinham a checagem de itens pré-operatórios realizada. A melhoria no indicador pode ser reflexo da campanha realizada junto aos profissionais de saúde definindo a demarcação da lateralidade e a realização do Time out no CC como fundamentais para o aumento da segurança e da qualidade da assistência ao paciente.

T00170 - RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA GERENCIADORA FRENTE AO PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO ESPECÍFICA DE UM CENTRO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Autor: TANIA OLIVEIRA LOPES; Co-autores: LILIAN CADAH; CARLA SOUZA BEHR; MIGUEL CENDOROGLO NETO

Resumo

O Programa de Certificação para o Cuidado a Doenças Específicas é gerenciado pela avaliação e acompanhamento dos padrões estabelecidos; sua efetividade; uso de protocolos de atendimento clínicos e mensuração de indicadores de processo. Este estudo teve como

objetivo relatar a experiência da Enfermeira Gerenciadora sobre o Processo de Certificação Específica para o paciente com Acidente Vascular Cerebral de acordo com o Manual da Joint Commission Internacional e Consórcio Brasileiro de Acreditação. O trabalho caracterizou-se como Relato de Experiência de uma instituição privada no período de 2005 a 2007. Foi relatado o processo desde a sua implementação tendo como diretriz o Manual Internacional de padrões de Certificação para o cuidado a Doenças ou Condições Específicas dividido em cinco capítulos: 1-Prestando ou Facilitando o Cuidado- foi identificado a necessidade do desenvolvimento de pessoas e formação dos Comitês; 2- Avaliação e Melhoria de Desempenho foi selecionado os indicadores e implementados os processos de melhorias; 3- Apoio ao Gerenciamento do Próprio Cuidado foi descrito as atividades do processo educacional aos pacientes inclusos no programa e seus familiares; 4- Gerenciamento do Programa foi implementado a gestão do programa, construindo o Manual Operacional e utilizado as políticas institucionais de gerenciamento de risco e segurança do paciente, 5- Gerenciamento da informação Clínica foi trabalhado as atividades na construção de banco de dados e implementação de processos de melhorias. A experiência do profissional frente a gestão deste processo demonstrou mais uma atividade de competência possível para o enfermeiro, conseguindo liderar uma equipe multidisciplinar para atingir resultados de excelência na assistência ao paciente com Acidente Vascular Cerebral.

T00172 - AUDITORIA DE PRONTUÁRIOS ABERTOS - "UMA QUESTÃO DE QUALIDADE"

Autor: EDUARDO GONÇALVES DE OLIVEIRA DA SILVA; Co-autores: ELDER ANDRADE GABRIEL; REGINALDO ALEXANDRE VALLE DA SILVA; SÉRGIO VICENTE DA SILVA

Palavras Chaves: Prontuário; Check-list; Revisão; Ocorrência; Hospitalar; Ações; Organização; Eficácia.

A Comissão de Revisão de Prontuários realiza mensalmente auditorias em prontuários fechados, ou seja, das internações de pacientes com alta hospitalar (amostra de 100 prontuários), com o intuito de verificar se os registros dos prontuários estão devidamente corretos. Ao longo de um ano, através de auditorias mensais, foram identificadas irregularidades em prontuários fechados, que refletiam diretamente na continuidade e no registro das informações dos pacientes. As pendências são: Falta de preenchimento dos impressos médicos (identificação ilegível / ausência de identificação), Falta de impressos nos prontuários, Perda de impressos dos prontuários, Falta de endosso das "ordens telefônicas" e Desorganização do prontuário parcial / alta.

Como oportunidade de melhoria e no intuito de reduzir o número de irregularidades nos prontuários abertos, foram disponibilizados 3 (três) funcionários do S.A.M.E.(Serviço de Arquivo Médico e Estatística), que revisam periodicamente todos os prontuários de pacientes internados (exceto nas unidades críticas e UTI, onde há um funcionário fixo subordinado a enfermagem para este fim). Além da criação da auditoria de prontuários abertos, foram implantadas uma série de medidas e impressos a fim de proporcionar maior eficácia e obter melhores resultados diante dos problemas identificados. As medidas consistem em antecipar a revisão, organização e regularização antes mesmo de o paciente sair de alta hospitalar, para que as áreas envolvidas sejam notificadas.

Através das ações tomadas e de novas rotinas implantadas, evidenciou-se que obtivemos importantes resultados comparando os anos de 2007 e 2008, no que diz respeito ao preenchimento, organização e controle dos prontuários, conforme resultados apresentados: Comparativo de perdas dos impressos nos prontuários: redução de 27% na perda em 1 ano de análise e Evolução das não conformidades: redução de 27% na perda em 5 meses de análise

A fim de garantir a qualidade no preenchimento dos prontuários é necessário a continuidade e aprimoramento das ações tomadas, que serão acompanhadas pelo grupo através dos indicadores selecionados.

T00181- RESULTADOS APÓS A IMPLANTAÇÃO DAS METAS INTERNACIONAIS 1 E 4 DE SEGURANÇA NO PACIENTE

Autor: SANDRA CRISTINE DA SILVA; Co-autores: LUCIANA BARROS BERNUCCI; DANIELA FERNANDES DE OLIVEIRA; ELAINE APARECIDA AMBROSIO

Palavras Chaves: Segurança, Metas, Assistência, Qualidade

Como forma prática de atuar na qualidade dos serviços acreditados, a Joint Commission Internacional 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 estabeleceu por foco de atuação seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, são elas:

Meta 1: Identificação correta dos pacientes

Meta 2: Comunicação efetiva

Meta 3: Segurança de medicamentos de alta-vigilância

Meta 4: Cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto

Meta 5: Redução de risco de infecções associadas aos cuidados de saúde

Meta 6: Redução de risco de lesões ao paciente decorrentes de queda.

Desta forma, desde 2007 o Hospital vem trabalhando na Implementação, sustentação e monitoramento dessas Metas, apresentando por foco a busca da melhoria contínua da qualidade nos processos envolvidos. Para a implementação foi realizado um trabalho de conscientização/divulgação com todos os colaboradores do Hospital. Após, foi elaborado Planos de Ação para cada meta com base na metodologia PDCA e indicadores de processo foram estabelecidos para o monitoramento, cujo resultado nos reflete a adesão e cumprimento das ações propostas.

A partir do monitoramento nota-se que a Meta 1 relacionada a "Identificação correta dos pacientes" apresentou resultado satisfatório de 71% (jan/08) para 94% (dez/08). Já a Meta 4 "Cirurgias em local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto"

mostrou que o crescimento foi de 59% (jan/08) para 65% (dez/08) e quanto a adesão da equipe para a realização do time out foi de 49% (jan/08) para 73% (dez/08).

Por outro lado, as demais metas (2, 3, 5 e 6) ainda necessitam de implementação de ações que contribuam para a obtenção de melhores resultados, no intuito de proporcionar a melhoria contínua dos processos e segurança no atendimento aos pacientes.

T00186 – AUDITORIA INTERNA: UMA QUESTÃO DE CAPACITAÇÃO

Autor: SANDRA CRISTINE DA SILVA

Co-autores: LUCIANA BARROS BERNUCCI; DANIELA FERNANDES DE OLIVEIRA; ELAINE APARECIDA AMBROSIO

Palavras Chaves: Monitoramento, Auditoria, Assistência, Qualidade, Avaliação

Com a inserção do Hospital no programa de qualidade da Joint Commission Internacional (JCI), surgiu a necessidade de garantir a segurança e melhoria do desempenho da instituição. Para que a evolução das ações implementadas pelo programa possa ser evidenciada, é preciso que uma equipe tecnicamente capacitada avalie a consistência dos processos institucionais, sendo que um dos mecanismos mais efetivos é a realização da avaliação interna na instituição. A avaliação interna é um recurso utilizado para dar suporte às diferentes áreas na busca de oportunidades de melhoria e na verificação da adaptação dos padrões aplicados a elas. Também possibilita o preparo da instituição, quando a mesma, submete-se as avaliações externas realizadas por órgãos certificadores.

A partir desta necessidade, no 1º semestre de 2008 foi realizado o primeiro curso teórico-prático de capacitação de auditores internos com base nos padrões do Manual da Joint Commission International, cujo objetivo foi de capacitar um grupo multidisciplinar formado por 46 colaboradores de diversas áreas, capazes de avaliar as conformidades, parcial conformidade e não conformidades dos processos assistências e administrativos implantados no hospital, sempre apresentando por foco a busca da melhoria contínua. A carga horária total foi de 24h distribuídas entre parte teórica, simulados de casos reais, auditoria simulada propriamente dita, discussão dos achados na auditoria e elaboração do relatório.

Após a capacitação do grupo, mensalmente foram realizadas auditorias internas nas diversas áreas do hospital com discussão dos achados pelo grupo auditor e emissão/envio dos relatórios para as áreas afins. Esta ação nos permitiu aprimoramos o uso da técnica e aprofundamos mais no conhecimento do Manual da Joint Commission.

Para o monitoramento das avaliações foi elaborado o indicador “Taxa de parciais conformidades/não conformidades referentes aos padrões selecionados do manual da JCI detectadas durante as auditorias internas” que nos permite o direcionamento do foco para condução do processo de melhoria. Em setembro de 2008 obtivemos 31% de parciais conformidades/não conformidades detectadas durante a auditoria interna e 24% em novembro/08. A partir daí, reuniões e planos de ação são elaborados em conjunto com as áreas para discussão dos achados na auditoria. Nossa meta para 2009 e diminuímos progressivamente as taxas de parciais conformidades e não conformidades neste processo.

Para o 1º semestre de 2009, a área da qualidade, que coordena e monitora este processo, esta organizando o Curso Avançado de Auditoria Interna com foco na Metodologia Tracer, para que a equipe de auditores internos aprimore cada vez mais os conceitos de busca da melhoria contínua nos processos.

Instituir o processo de avaliação interna em conjunto com a utilização de indicadores, que são a base para a mensuração das variações de desempenho dos diferentes processos e áreas, ainda auxilia no monitoramento do programa da qualidade em todo o Hospital.

E EM TODO O HOSPITAL.

T00189 - SOLICITAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE DIETAS PARA O PRONTO ATENDIMENTO

Autor: ÉRIKA SUITER; Co-autores: LETÍCIA AP. SALGUEIRO; DANIELLA DOS SANTOS GALEGO; ANA LÚCIA CHALHOUB CHEDIAC RODRIGUES

O Serviço de Alimentação de um hospital particular de São Paulo observou que a identificação das dietas servidas ao Pronto Atendimento (P.A.) atendia parcialmente a recomendação de segurança. A solicitação das dietas ao Serviço de Alimentação era realizada via telefone sem sinalizar os dados completos dos pacientes e antecedentes clínicos (nome completo, SAME, idade), além das dietas e mamadeiras não serem identificadas adequadamente. Para assegurar que o paciente ao qual se destina o serviço receba a dieta corretamente conforme a meta internacional de identificação (ao menos duas formas de identificação do paciente, tais como, nome, número de atendimento, data de nascimento e pulseira com código de barras). Em conjunto com o serviço do P.A. foi desenvolvida uma ação de melhoria no processo, optando-se por três formas de identificação: nome completo, idade e número de prontuário.

Foram acompanhadas 426 solicitações de dietas ao Serviço de Alimentação no período de 27 dias. Por meio de um impresso específico para registro das solicitações de dietas oriundas do P.A., foram geradas etiquetas de identificação com nome completo, idade e número de prontuário do paciente.

Antes da entrega da dieta ao paciente, foram realizadas conferências para certificação que a identificação seguia a padronização adequada. Foi elaborado um indicador para acompanhamento da efetividade da melhoria, tendo como meta 100% de identificação correta das dietas solicitadas.

Evidenciamos neste período de acompanhamento que 100% das 426 solicitações de dietas, estavam devidamente identificadas conforme o padrão, desta forma a meta foi atingida.

Este monitoramento mostrou que o procedimento implantado teve um impacto positivo na garantia da entrega da dieta correta para o paciente, ações serão acompanhadas e aprimoradas para a melhoria contínua no processo.

T00193 - INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA, ANÁLISE DA VIABILIDADE ECONÔMICA E O RETORNO SOBRE O INVESTIMENTO EM SAÚDE.

Autor: HENRIQUE OTI SHINOMATA; co-autores: ALVARO ESCRIVAO JUNIOR; RENATA MARQUES; MARCELO NICARETTA

Palavras Chaves: Retorno sobre o investimento em saúde; incorporação de tecnologias; resultado financeiro.

Introdução: a incorporação de tecnologia na assistência médica, apesar de conferir benefícios, introduz riscos para o paciente, principalmente quando mal utilizada. Além disso, representa custos crescentes para uma organização de saúde. Neste sentido, decidir sobre a adoção de novos meios de diagnóstico e tratamento exige a avaliação dos custos e benefícios aportados pelos mesmos, tanto para o paciente, como para organização de saúde. A análise financeira de investimentos é parte integrante desta decisão, permitindo melhores escolhas do gestor com vistas ao atendimento adequado e com segurança ao paciente.

Objetivo: Análise financeira de investimentos para a incorporação de equipamento de tomografia em uma operadora de plano de saúde de São Paulo.

Metodologia: Calculado o resultado financeiro por meio de análise dos indicadores selecionados: Valor presente líquido – VPL (NPV – net present value); Taxa interna de retorno – TIR (IRR – internal rate return); Retorno sobre o investimento (ROI – return on investment); Retorno sobre o patrimônio (ROE – return on equity); Valor econômico adicionado (EVA – economic value added), usando-se como base de comparação os resultados dos investimentos em um programa de atendimento domiciliar.

Resultados: Estudo para a incorporação de um equipamento de Tomografia Computadorizada PHILIPS BRILLIANCE 6 CH MULTISLICE, valor de R\$700.000,00, vida útil de 8 anos, contrato de serviço de R\$ 280.000,00/ano, e recursos humanos de R\$ 424.800,00/ano, totalizando R\$ 1.303.600,00/ano. Tendo como premissas 16 horas de funcionamento, 4 pacientes por hora, R\$ 503,20 por exame, resultando no total de receita/ano de R\$8.502.067,20, com um lucro de R\$ 7.198.467,20.

Comparação financeira com um programa de atendimento domiciliar

	Internação Domiciliar	Tomografia computadorizada
VPL	+ 1.127.981,99	+4.955.936,70
ROI	2,9:1	5,52:1
ROE	3,3 %	11%
TIR	1,91	4,52
EVA	+ 2.057.525,03	+ 7.042.352,20

Conclusão: O investimento em um aparelho de tomografia computadorizada tem um maior retorno sobre o investimento em todos os indicadores avaliados, em relação a uma terceirização de um atendimento domiciliar sendo, portanto, um investimento com viabilidade financeira.

Resalte-se que esses indicadores financeiros são um complemento para a tomada de decisão de alocação de recursos financeiros para a incorporação de uma tecnologia. Ou seja, utilizados conjuntamente com indicadores de eficiência, eficácia, efetividade, medicina baseada em evidências entre outros, produzem os elementos essenciais para o processo de planejamento estratégico da empresa. Deste modo, consegue-se escolher o melhor investimento para a organização prover a melhor assistência.

T00200 - APLICAÇÃO DA MÉTRICA 6 SIGMA NA GESTÃO DE EQUIPAMENTOS DE UM LABORATÓRIO CLÍNICO PÚBLICO

Autor: MARIA ELIZABETE MENDES; Co-autores: NAIRO MASSAKAZU SUMITA; ROBERTO CARLOS DIONÍZIO NOVAIS; ROBERTO GILIOI ROTONDARO

Palavras Chave: qualidade, gestão de equipamentos, seis sigma, laboratório clínico.

Identificação do problema: melhorar o desempenho, reduzindo-se o número de manutenções corretivas, do sistema de purificação de água ELGA (Médica - Analítica), que abastece o analisador bioquímico Modular (Roche) de um laboratório público hospitalar de grande porte.

Solução implantada: Aplicação da métrica 6 sigma como estratégia de melhoria do processo, para ampliar a eficácia e a eficiência das operações, reduzir custos e atender às necessidades dos clientes. Em termos estatísticos 6 refere-se a 3,4 defeitos por milhão de oportunidades (DPMO), onde sigma é usado para representar a variação média sobre o processo. O projeto avaliou o desempenho da ELGA entre 2006 – 2008. Aplicamos a metodologia DMAIC (define, measure, analyse, improve, control), para controlar o fator crítico para a qualidade (excesso da ocorrência de falhas no ELGA). As etapas foram assim delimitadas: DEFINIR entre 04/ 2006 - 09/ 2006, ANALISAR entre 10/2006 – 03/2007, MELHORIAS 1 entre 04/2007- 09/2007, MELHORIAS 2 entre 04/ 2007- 09/ 2007, CONTROLE entre 04/ 2008- 09/ 2008.O diagrama SIPOC descreveu o processo. Analisamos as principais causas dos defeitos (variáveis de entrada) empregando: brainstorming, FMEA, diagrama Ishikawa, análise de Pareto, matriz SWOT. Aplicamos como instrumentos estatísticos: análise de tendências, boxplot, histograma, teste normalidade, ANOVA(Minitab 15). Foram implantados os planos de ação para melhorar as medições, os materiais, os equipamentos, o ambiente, o processo e métodos da força de trabalho em vários ciclos de melhorias. Em cada fase foi calculada a capacidade sigma do processo.

Resultados obtidos: Os DPMO em abril/06, março/08 e setembro/08 foram respectivamente: 108333, 33333 e 16667. As ocorrências de manutenções corretivas foram as seguintes: Definir(n=39),Analisar(n=38), Melhorias 1 (n=53), Melhorias 2(n=12), Controle (n=06).As capacidades sigma nos períodos definidos foram respectivamente: 2,77 - 2,78 - 2,59 - 3,34 - 3,63 . O envolvimento da direção e a provisão

de recursos adequados contribuíram para o sucesso desta implantação. A comunicação (interna e externa) foi otimizada. Houve um intenso processo de treinamento da equipe, com mudança cultural. Do ponto de vista da infra-estrutura houve a instalação de um sistema de pré-filtros. O controle de qualidade da água tomou-se mais rígido em sua parametrização, com revisão nos procedimentos operacionais pertinentes e nos seus respectivos registros. O fornecedor revisou o Elga e emitiu atestado de conformidade operacional. O monitoramento do prestador de serviços de manutenção foi otimizado. Houve mudanças na compilação dos indicadores de desempenho deste equipamento. O controle de estoques para os consumíveis deste sistema de purificação tornou-se mais rigoroso desde a inspeção inicial, acesso aos produtos, registros de rastreabilidade e validade, quantidades estocadas e preços. Reduziram-se os custos com os suprimentos do Elga.

T00203 - RESULTADO DA IMPLANTAÇÃO DE NOTIFICAÇÃO VOLUNTÁRIA ELETRÔNICA

Autor: ELENARA OLIVEIRA RIBAS; co-autores: MICHELE SANTOS MALTA; JULIANA FELICIATI HOFFMANN; GABRIEL AFONSO MARCHESI LOPES

Palavras chave: segurança hospitalar, notificação voluntária, eventos adversos

O sistema de notificação voluntária tem sido defendido como forma de identificar erros na assistência e permitir que, através de sua análise, as instituições possam corrigir seus erros e melhorar as condições de segurança assistencial. Entre as desvantagens deste método está a possibilidade de viés de seleção pelo notificador e a não notificação por medo de punição. Os estudos revelam que 2,9 % a 16% dos pacientes internados nos hospitais americanos sofrem por erros na assistência.

Na nossa instituição há um sistema de notificação de eventos adversos, erros de processo e quase falhas desde 2006. As taxas médias de notificação foram 5,40 notificações/1000 pacientes-dia em 2006. O sistema era baseado em notificações por meio de formulários impressos enviadas ao serviço responsável pela gestão de risco. Em 2007 o formulário foi simplificado, permanecendo a possibilidade de anonimato, mas ainda exigindo o encaminhamento para o serviço de referência. Em 2007 a taxa média foi de 7,1 notificações/1000paciente-dia e no primeiro semestre de 2008, foi de 7,50 notificações/1000paciente-dia. Foram identificadas, ainda em 2007, as barreiras para notificação: processo lento, perda de documentos, pequena possibilidade de anonimato. Para minimizar esses problemas, foi implantada em junho de 2008 a notificação eletrônica através da intranet da Instituição, que é imediatamente encaminhada para o setor responsável pela análise. Essa notificação é simplificada, anônima e aberta a todos os colaboradores. A taxa de notificação no segundo semestre de 2008 foi 19,6 notificações/1000paciente-dia, maior que no primeiro semestre de 2008 (19,6 x 7,1; P < 0,001). A taxa média de 2008 foi 13,4 notificações/1000paciente-dia e este valor foi significativamente diferente quando comparado a 2006 (13,4 x 5,40; P < 0,001) e 2007 (13,4 x 7,1; P < 0,001). Para a comparação das taxas de incidência foi utilizado o software WinPepi, o qual apresenta o valor-P de Fisher.

Concluímos que na nossa instituição a implantação de notificação eletrônica possibilitou um aumento no número de notificações e, portanto do número de informações disponíveis para aprendizado da organização.

T00204 - A IMPORTÂNCIA DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS ESPAÇOS DE CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E O SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Autor: MUNIRA SIMAO AIEX

Resumo

Considerando que os espaços de participação e controle social devem estar articulados no desenvolvimento de ações complementares que proporcionem ações mais efetivas com vistas ao controle social, este trabalho busca evidenciar a importância de implantar um Serviço de Atendimento ao usuário atuante, articulado e em consonância com as várias instâncias locais de saúde.

Somente assim, será possível proporcionar um exercício eficaz de participação cidadã e controle social objetivando atingir a transformação social.

Palavras-chave ; Participação social; Controle social; Serviço de Atendimento ao Usuário

Introdução

Neste trabalho pretende-se ressaltar a importância da articulação entre os vários espaços de controle e participação social e o Serviço de Atendimento ao Usuário, como instrumento de melhoria dos serviços prestados na área da saúde, a partir da realização de eventos que possibilitaram sua efetivação.

A concepção atual de controle social está intimamente relacionada com a concepção de participação, legitimada pela Constituição. Trata-se de uma forma de potencializar a criatividade da sociedade na elaboração das políticas públicas, visto que é ela quem, em contato com os serviços prestados, principalmente com os serviços de saúde, percebe a efetividade ou não, das políticas. (SOUZA, 2004).

O controle social passa a ser entendido como a fiscalização e controle das ações do Estado pela sociedade através do acompanhamento, da formulação, execução e avaliação de políticas públicas, ou seja, a sociedade controlando as ações do Estado em favor dos interesses dos usuários. As Ouvidorias, ou Serviços de Atendimento ao Usuário podem ser consideradas como mecanismos de participação e controle social.

Segundo PONTUAL (2003), " as pessoas devem efetivamente ter acesso às informações que não sejam absolutamente fragmentadas, setorializadas, mas sejam informações mais comuns". Sendo assim constata-se que é fundamental a troca de informações e a exposição das demandas específicas de cada espaço.

Reitera-se a necessidade da realização de discussões integradas entre o S.A.U. e as esferas públicas como Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadorias e Supervisões Locais de Saúde, onde seja levado em consideração o conceito de saúde em seu sentido mais amplo e o direito ao acesso, contribuindo para alargar a visão destes sujeitos coletivos e visando a elaboração de soluções integradas para as

demandas da comunidade, destacamos a necessidade de assessoria a estas instâncias, da capacitação dos Conselheiros de Saúde, de forma a colaborar para que a ação política destes espaços caminhe efetivamente na perspectiva da participação e do controle social.

Portanto, a articulação somente poderá ser construída se houver uma mudança na cultura de participação e de controle social que orienta os sujeitos coletivos presentes nestes espaços, possibilitando o surgimento de novos tipos de participação, mais ampla formando-se uma nova cultura política em que se valorizam a ação coletiva, a construção de identidades, a criação e efetivação de direitos, o enfrentamento dos problemas cotidianos (TEIXEIRA, 2002).

Em neste contexto, destaca-se a OS –ACSC como importante ator na resolução de situações decorrentes da relação usuário-serviços públicos, bem como a necessidade de transparência na administração dos recursos.

A implantação do S.A.U. surge para administrar conflitos, evidenciar falhas no sistema, fornecer informações com total transparência e ainda propiciar o exercício da cidadania.

Este serviço deve promover a realização de discussões integradas, levando-se em consideração o conceito de saúde em seu sentido mais amplo, o direito ao acesso, contribuindo para alargar a visão dos sujeitos coletivos e visando a elaboração de soluções integradas de acordo com as demandas surgidas.

Justificativa

O presente trabalho visa refletir sobre a importância da articulação entre espaços e esferas públicas que efetivem a participação e o controle social, tendo como foco, o S.A.U (Serviço de Atendimento ao Usuário), implantado na OS-ACSC (Organização Social – Associação Congregação Santa Catarina).

Metodologia adotada

Este estudo se caracteriza como um relato da experiência de implantação do S.A.U na OS-ACSC.

O S.A.U foi criado em abril de 2008 e desde então vem desenvolvendo as seguintes atividades:

- Atendimento às manifestações dos usuários, através do seu registro, acompanhamento e resposta, através de vários canais de acesso ofertados;

- Aplicação, análise e divulgação dos resultados de pesquisa de satisfação a cerca dos serviços prestados pelas Unidades, aos gestores dos serviços, e a comunidade em geral;

- Participação em reuniões gerenciais da OS-ACSC, para apresentação dos resultados mensais obtidos pelo S.A.U OS-ACSC;

- Participação em reuniões de assessoria técnica para tomada de decisões na busca de soluções para prestação de atendimento qualitativo;

- Participação em encontros periódicos com a Supervisão de Saúde Local;

- Participação em encontros periódicos com a Coordenadoria de Saúde Local;

- Participação em reuniões com as equipes de Ouvidoria das esferas municipal e estadual;

- Participação periódica em reuniões de conselho gestor das Unidades sob a gestão da OS-ACSC;

- Promoção de Encontros para discussão do papel dos conselheiros gestores;

- Promoção de Seminário anual de Conselhos Gestores com experiências exitosas;

- Participação em Ciclo de Palestras com proposta de temas destinados ao fortalecimento da participação e controle social;

- Ampla divulgação da Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários dos serviços de saúde;

Resultados

A partir do conhecimento pela OS-ACSC das demandas apontadas pelos usuários quanto ao atendimento ofertado, da articulação entre as várias instâncias de saúde (Secretaria Municipal de Saúde, coordenadoria e Supervisão de Saúde), e da promoção de eventos que evidenciem o real exercício da cidadania (formação de conselheiros gestores, promoção de palestras e seminários, etc...), tem sido possível traçar planos estratégicos na busca de soluções para melhor qualificar o atendimento ofertado aos usuários dos serviços de saúde sob a gestão da OS.

O Serviço de Atendimento ao Usuário, desta maneira, tem condição de instrumentalizar a OS-ACSC com dados concretos consolidados em relatórios estatísticos que evidenciam e direcionam os gestores locais na adoção de ações efetivas para ofertar serviços de qualidade, mostrando-se como um forte instrumento de gestão.

Conclusão

A OS-ACSC tem utilizado do Serviço de Atendimento ao Usuário como um aliado importante nas questões que envolvem prestação de serviços à população.

Deve atuar como agente indutor do processo de participação popular, reforçando a sua função de orientar o usuário e os serviços e assim contribuindo na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Este estreitamento de relações deve promover o amadurecimento e o equilíbrio na busca de soluções para os problemas identificados tanto pelo usuário que exige seus direitos com mais critérios, como pelo administrador, na avaliação de prestador de serviços.

Fonte científica

-Vismona, Edson – A Ouvidoria no Brasil. Associação Brasileira de Ouvidores, São Paulo, 2001.

-Centurião, Alberto – Ombudsman, A face da empresa cidadã. Editora Educator, 1ª Edição, São Paulo, 2003.

-Gauderer, Christian – Direitos do paciente, guia de cidadania na saúde. Editora DP&a, 1998.

-Souza, Rodriane de Oliveira – Participação e Controle social. São Paulo, Cortez, 2004.

-Teixeira, Elenaldo C. O local e o global: limites e desafios da participação cidadã, 3ª Edição, São Paulo: Cortez, 2002

-Pontual, P. Caminhos possíveis para a articulação entre os conselhos. Instituto Polis/PUC-São Paulo, 2003.

T00205 - ANÁLISE E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA O AUMENTO NA SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS NO CENTRO CIRÚRGICO

Autor: FABIANE CARDIA SALMAN; Co-autores: ENIS DONIZETTI SILVA; CARLOS ALBERTO LEME; NÁDIA MAYUMI USIZIMA

Palavras-chave: erro, medicação, dispensação, administração, psicotrópicos.

Identificação do problema: Nas últimas décadas, o erro de medicação tem sido bastante discutido no contexto da saúde. Estima-se que 1,3 milhões de pessoas por ano nos Estados Unidos são afetadas por lesões não intencionais associadas à terapia farmacológica e o impacto financeiro destes eventos está em torno de US\$ 76,6 bilhões anuais. O Centro Cirúrgico é um dos setores de maior risco, visto que é onde ocorre um significativo consumo de psicotrópicos, dificultando o controle destes e tornando crítico o planejamento da sua dispensação pela farmácia. Através de um sistema de monitoramento de eventos adversos, recebemos a notificação de quatro casos em que ocorreram erros de medicação envolvendo os medicamentos sufentanil de 5 mL e fentanil de 5 mL num intervalo inferior a 45 dias em um mesmo hospital, tornando de extrema importância a discussão interdisciplinar quanto a segurança na dispensação e administração de medicamentos no Centro Cirúrgico e a implementação de planos de contingência, medidas corretivas e preventivas.

Solução implantada: Foram realizadas reuniões multiprofissionais para discussão dos casos e posteriormente a análise das causas, sendo acionado imediatamente um plano de contingência a fim de barrar novos eventos. Alertas quanto ao risco foram enviados às equipes de anestesia, enfermagem e de farmácia e a identificação dos medicamentos foram feitas com tarjas coloridas para diferenciação das drogas. Com a análise dos eventos, foi verificado que um dos facilitadores do erro foi a similaridade quanto à aparência e nome dos medicamentos (Look Alike and Sound Alike) e a proximidade dos mesmos na caixa de medicamentos. Posteriormente foram feitas ações corretivas e preventivas como a revisão da caixa de medicamentos quanto ao seu conteúdo e localização das drogas, a mudança criteriosa dos fornecedores dos medicamentos e a utilização de etiquetas para identificação das seringas e soros preparados. Em ação coordenada, foram realizadas também campanhas de conscientização para a equipe de anestesia, por meio de cartazes e reuniões científicas, incentivando a notificação dos eventos e a legibilidade na prescrição dos medicamentos. Outras ações, como a rastreabilidade através de códigos de barras, a informatização da dispensação de medicamentos e a sinalização por cores de medicamentos de alto risco também contribuíram para aumentar a segurança nos processos que envolvem medicamentos.

Resultados obtidos: Após estas medidas, houve um monitoramento contínuo dos eventos relacionados a medicamentos e tais trocas não ocorreram mais, aumentando a segurança da assistência. A análise criteriosa dos eventos com a participação da equipe multiprofissional e dos envolvidos e a tomada de decisão focada nas causas das ocorrências possibilitaram a implementação de medidas efetivas no planejamento, dispensação e administração de medicamentos de alto risco.

T00207 - NÚCLEO UNIMED DE TRATAMENTO À OBESIDADE

Autor: ADRIANO LEITE SOARES; co-autores: ABDUL KADER MOHAMED SULTANI; KATIA CAETANO DE ALMEIDA

NUTRO

Identificação do Problema: O aumento expressivo do número de cirurgias bariátricas realizadas em pacientes da Unimed Guarulhos bem a indicação de cirurgias em pacientes sem base científica.

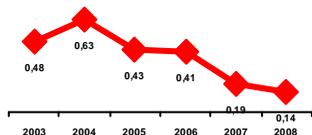
Solução Implantada: Prevenção e Tratamento da Obesidade, com a criação de protocolos de liberação desta cirurgia e monitoramento do tratamento pré e pós-operatório dos beneficiários. Em julho de 2006 foi implantado o Programa NUTRO (Núcleo Unimed de Tratamento à Obesidade), programa composto por equipe multiprofissional, formado por: Nutrólogo, Nutricionista, Psicólogo, Fisioterapeuta e Assistente de Enfermagem, tendo como objetivo: Redução de Peso sem cirurgia e redução do peso pré-operatório visando reduzir as complicações cirúrgicas.

A equipe multiprofissional foi estruturada em moldes científicos com abordagem de todas as necessidades do paciente, visando à redução de peso dos usuários sem a necessidade de intervenção cirúrgica, e nos casos que não obtiveram a tal redução, uma melhor preparação para a cirurgia bariátrica, com acompanhamento intenso pré e pós-operatório.

Ano	Clientes	Cirurgias	Cirurgia por 1000 Cliente
2003	62.465	30	0,48
2004	71.944	45	0,63
2005	79.298	34	0,43
2006	83.943	34	0,41
2007	89.986	17	0,19
2008	95.318	13	0,14

Resultados:

Foi observada expressiva redução do número de cirurgias realizadas depois do início do programa Nutro. A análise estatística foi comparativa entre o número de cirurgias realizadas por ano no período de 2004 a 2008, levando-se em consideração o número de pacientes no mesmo período.



Com este trabalho, pode-se observar que uma equipe multiprofissional atuando em prol da redução de peso e do preparo adequado dos pacientes, diminui a necessidade do número de cirurgias bariátricas e conseqüentemente reduz a quantidade de indicações em desacordo com a Resolução 1.766 do CFM (Conselho Federal de Medicina) de 13 de Maio de 2005, aliado a uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes que foram acompanhados pelo grupo.

TO0214 - IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE 5S EM HOSPITAL PÚBLICO DE SÃO PAULO

Autor: SARA DINIZ RUBINSZTEJN AZEVEDO; Co-autor: ADÉLIA ONO TONAKI

Palavras chaves: qualidade, 5S, segurança e saúde.

O Programa foi implantado em um Hospital público que tem como alguns de seus objetivos estratégicos: o aprimoramento dos processos internos, o combate ao desperdício e a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores. Com esse embasamento e, após a implantação da Assessoria de Qualidade em 2008 foi estabelecido o Programa 5S.

OBJETIVO: Promover mudança de hábitos de todas as pessoas envolvidas; aplicar o programa como filosofia de vida; aprender a lidar com as mudanças; aprimorar a segurança; reduzir custos, combatendo o desperdício e estimulando a otimização dos recursos; reduzir o absenteísmo; melhorar a qualidade de vida e preparar o ambiente para a Qualidade.

METODOLOGIA: Formatar uma apresentação para sensibilizar os colaboradores, com cronograma (50 dias) e realizado em todos períodos (manhã, tarde e serviço noturno); – Sensibilizar inicialmente os Gestores das diferentes áreas; – Fomar grupo, com representação de todas as unidades, capacitado para desenvolver o programa; – Determinar o “DIA D” (11/08/2008).

Todas as áreas foram registradas, por meio de fotos, antes da aplicação do Programa. No Dia D foi aplicado check-list para classificação das unidades nas etapas do 5S e para orientações necessárias. Os colaboradores de todas as áreas aderiram, sendo as escalas de trabalho pré-definidas, para que não houvesse problemas no atendimento, sendo que o Dia D ocorreu com sucesso. Foram distribuídos aos colaboradores, kits contendo: Boton, flanela com logotipo “Programa Qualidade 5S” – I.Cr. e um bombom. Dois momentos de confraternização, com um lanche e dramatizações com vivência do significado do Programa 5S, marcaram a data os colaboradores manifestaram-se sobre o mesmo. Após uma semana, todos os ambientes foram fotografados (pós “Dia D”). A avaliação do Programa consistiu em visita dos responsáveis às diferentes áreas, identificando as não conformidades. Foi realizada reunião com o grupo realizador e desenvolvidos planos de ação e manutenção, que consiste em check-list trimestral, realizado pelo líder da unidade e um dos membros do grupo.

RESULTADOS: Registro em fotos dos ambientes antes e após Dia D.

-1050 colaboradores sensibilizados (63%); 212h de aula, 42h de reuniões de equipe, até o Dia D (11/08/2008).

- Vol.de resíduos sólidos segregados por coleta seletiva: 2007 total 29811kg e 1500L

2008- 1º semestre = 20251kg e 1487L; 2º semestre pós Dia D = 28398kg e 2666L

-Vol resíduos sólidos encaminhados para reciclagem ou reutilização:-

2007 – Total = 14806kg ; 2008 – 1º semestre = 19982kg ,2º semestre pós Dia D = 27299kg.

TO0215- AVALIAÇÃO INTERDISCIPLINAR DO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM HOSPITAL PEDIÁTRICO: FERRAMENTA PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

Autor: ROSEMEIRE KEIKO HANGAI; Co-autores: DIVANICE CONTIN; CLEIDE HARUE MALUVAISHI

Introdução: O processo de utilização do medicamento em ambiente hospitalar envolve diversas etapas: seleção e padronização, aquisição, recebimento e conferência, armazenamento, prescrição, preparo/manipulação, distribuição, administração e avaliação dos resultados. Nas etapas subseqüentes à prescrição, há necessidade do envolvimento harmonioso das equipes médica, de enfermagem e de farmácia proporcionado dessa forma o uso racional dos medicamentos. Uma prescrição legível, padrões de diluição e fracionamento, cuidados com a administração e o acompanhamento dos resultados da farmacoterapia devem ser entendida como uma ação multidisciplinar. Com a implantação do Sistema de Dispensação de Medicamentos por Dose Unitária - SDMDU e da Prescrição Eletrônica no Hospital em novembro de 1997, ocorreu uma maior integração da área de enfermagem com a farmácia resultando no mapeamento dos pontos críticos e de risco na utilização de medicamentos e conseqüente medidas de controle do processo. Objetivo: Relatar a experiência de implantação do SDMDU e o resultado do mapeamento do processo de utilização de medicamentos visando a segurança do paciente no atendimento intra-hospitalar. Materiais e Métodos: Trata-se de relato de experiência do processo de prescrição, preparo, distribuição e administração de medicamentos identificando pontos de risco e intervenções para sua minimização. Após a implantação e consolidação do processo de SDMDU e da Prescrição Eletrônica no Hospital, foi aplicado um instrumento que avaliava a educação dos profissionais envolvidos independente de causar dano ou não. Resultados: Este processo foi dividido em três etapas: 1) Descrição de todo o processo relacionado à prescrição, distribuição/dispensação e administração/uso de medicamentos; 2) desenho do fluxograma com a análise dos pontos de risco e controle; 3) implementação de procedimentos adotados por médicos, farmacêuticos e enfermeiros visando qualidade do atendimento e minimização dos riscos. Conclusão: O processo de utilização de medicamentos envolve integração das áreas de enfermagem, farmácia e médica necessitando do suporte educacional para melhor desenvolver a equipe disciplinar. Diante desse processo

de trabalho foi possível viabilizar melhor entrosamento e compreensão dos pontos de controle e de risco, possibilitando obtenção de melhores resultados.

T00217 - CICLO DO PDCA: FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Autor: ROSEMEIRE KEIKO HANGAI; Co-autor: DIVANICE CONTIM

Para a realização deste trabalho foi utilizado o Ciclo PDCA, ferramenta de controle de processos que visa à melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, pois este método permite gerenciar os indicadores da Qualidade Total. O ciclo do PDCA possui quatro fases básicas: P de planejamento; D de execução das tarefas; C de verificação dos resultados e A, que consiste atuar em relação à eficácia do processo, padronizando as ações desenvolvidas e ou atuando corretivamente caso haja problemas. A partir de 2007, foi iniciada a primeira etapa desse processo com a identificação de problemas, através de observação direta da rotina desenvolvida e discussão realizada com as enfermeiras gerentes das unidades. A seguir procuramos encontrar causas geradoras de problemas, através da aplicação de atividades grupais com integrantes da equipe de enfermagem objetivando gerar o maior número possível de idéias em relação a um determinado assunto, sem a preocupação de atribuir, num primeiro momento, qualquer juízo de valor. Após o desenvolvimento das atividades grupais os enfermeiros gerentes inseriram nas suas atividades gerenciais a manutenção dessa ferramenta estabelecendo dessa forma um sistema de controle rápido e eficaz para avaliar a assistência de enfermagem prestada ao paciente em toda sua esfera de complexidade. O programa proporcionou a revisão e reestruturação de procedimentos e melhoria da qualidade dos serviços prestados a seus clientes internos e/ou externos. A partir do momento que os enfermeiros gerentes se familiarizaram com a ferramenta, iniciamos uma segunda etapa, no segundo semestre de 2008, a aplicação deste, nos indicadores de qualidade assistenciais com os resultados mais significativos, no intuito de implementar ações de melhoria. Como exemplo podemos citar o indicador de extubação acidental, que com a aplicação do PDCA resultou na revisão do protocolo de sedação no centro de terapia intensiva pediátrica. Outras aplicações do PDCA foram realizadas com resultados positivos. Ao lidar com esta ferramenta os enfermeiros gerentes garantiram um papel importante na busca da eficácia e mais eficiência das práticas de enfermagem.

T00218 - IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE INFORMAÇÃO EM UM LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA

Autor: CLAUDIA PATARA SARACENI; Co-autores: MARIA LÚCIA UTAGAWA; GISELLE GIOVANNETTI NAVES; PEDRO LANÇA

Introdução

O Instituto Adolfo Lutz, como Laboratório de Saúde Pública tem como missão a realização do diagnóstico, preciso e oportuno, para os sistemas de vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, oferecendo subsídios para as ações de investigação, monitoramento e controle de agravos à saúde da população.

Identificação do problema

Até 2007, Instituto Adolfo Lutz ainda encontrava dificuldade em obter informações de forma padronizada e rápida. Não havia um cadastro único de pacientes. As áreas mantinham seus registros em livros ou planilhas eletrônicas de diferentes origens, dificultando a elaboração de protocolos de trabalho, prejudicando a rastreabilidade dos pacientes. Os técnicos despediam muito tempo em rotinas manuais de registro de pacientes e exames e liberação de resultados. Relatórios eram elaborados manualmente, ou utilizando aplicativos, como o EXCEL, ACCESS ou EPIINFO. Os laudos de resultados não eram padronizados, e cada área tinha o seu próprio modelo. Dados como os de faturamento de exames eram enviados mensalmente pelas áreas técnicas, em planilhas produzidas manualmente, ao Setor de Faturamento, que compilava as informações no sistema encaminhado ao SUS. Era premente a reorganização interna do processo de trabalho, possibilitando a modernização do sistema de gestão administrativa e de informação da Instituição, para permitir as diferentes ações de diagnóstico, análise de situação, programação, estabelecimento de prioridades, avaliação e monitoramento.

Solução implantada

Implantação do Sistema de Gestão e Informação de Laboratório (SIGH-Lab/PRODESP),

Estratégias adotadas

Definição de uma comissão para implantação do sistema, contemplando as diferentes áreas do Laboratório; parametrização do sistema para cadastro de exames e materiais, pacientes, unidades, municípios; controle do acesso de usuários; aquisição de equipamento e insumos necessários para o processo de informatização; treinamento dos usuários do sistema.

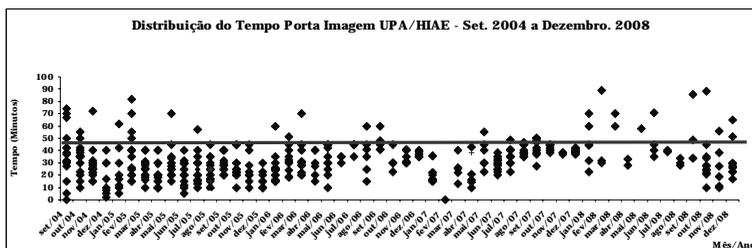
O sistema implantado contribui não só com a preservação e monitoramento da informação, mas também com desempenho das práticas aplicadas nas diversas áreas do laboratório, com a substituição dos métodos tradicionais baseados em papel, ou em sistemas independentes e não integrados. O ganho complementar é a possibilidade da vigilância epidemiológica ter acesso direto e rápido aos resultados que necessita para elaborar as medidas de controle.

T00225 - TEMPO PORTA-IMAGEM: UM INDICADOR DE RESULTADO DE UM "PRIMARY STROKE CENTER"

Autor: MONIQUE BUENO ALVES; Co-autores: CAROLINA ENGESLMANN; FERNANDO MORGADINHO SANTOS COELHO

Pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) com intervalo de sintomas menor que 6 horas quando admitidos em Centros Capacitados para o atendimento de AVC podem receber o tratamento trombolítico, o qual contribui para minimizar o grau de incapacidade destes pacientes. Para que este tratamento seja administrado, o reconhecimento precoce dos sintomas e uma seqüência de ações para priorizar o atendimento ao paciente devem ser realizada. Em setembro de 2004 foi implementado o Protocolo Gerenciado de AVC no Hospital Israelita Albert Einstein qual visa garantir o cumprimento das melhores práticas disponíveis através da

monitorização de condutas, indicadores de qualidade e resultados recomendados internacionalmente. Um dos métodos para avaliação dos resultados é o gerenciamento do tempo porta-imagem (TPI). O TPI é o intervalo de tempo entre a admissão do paciente e a interpretação médica do primeiro exame de imagem do paciente, devendo ser inferior a 45 minutos, intervalo preconizado pelo National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). O estudo tem como objetivo avaliar os resultados do TPI desde a implementação do protocolo. O gráfico abaixo demonstra a distribuição dos casos de AVC e o TPI, considerando a linha de corte como 45 minutos.



Conclusão: O TPI é um indicador de qualidade do tratamento agudo do AVC por oferecer maior oportunidade de tratamento agudo dentro da janela terapêutica. Pacientes com instabilidade hemodinâmica e ventilatória podem necessitar de medidas de emergência antes do exame de imagem com atraso do TPI. As constantes monitorização e medidas de correção, levando em conta a segurança do paciente, refletem num maior número de pacientes tratados na fase aguda com conseqüente diminuição das seqüelas, menor tempo de internação e maior facilidade de reabilitação.

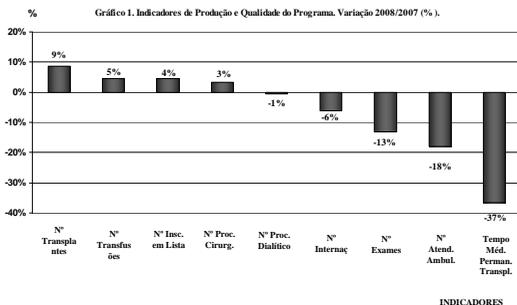
T00229 - O IMPACTO DE UM MODELO DE GESTÃO PARA PROGRAMA DE TRANPLANTE DE ÓRGÃOS

Autor: TADEU THOME; Co-autores: SILVIA REGINA MORGADO; BEN HUR FERRAZ NETO; RAQUEL DILGUERIAN DE OLIVEIRA CONCEICAO

Identificação do problema: Com o crescente número de transplantes realizados, inclusões em lista de espera, variedade de procedimentos envolvidos e a complexidade dos pacientes atendidos, identificou-se a necessidade de análise sistematizada e periódica, além da criação de indicadores que possibilitassem o ajuste e otimização dos processos, com foco na melhoria do serviço prestado ao

paciente, avaliando qualidade, segurança, resultados e melhor aplicação dos recursos envolvidos.

Solução encontrada: A partir de janeiro de 2007, foi implantado um modelo de gestão em transplantes, responsável por todas as fases: lista de espera, internação para transplante e pós transplante. Foram implantados protocolos (baseados em evidências) de otimização de procedimentos cirúrgicos, transfusões, diálises e monitorados todos os exames realizados, numero de internações, de inscrições em lista de espera e tempo médio de permanência para o



transplante (Gráfico 1), além da sobrevida do enxerto e do paciente.

Resultados obtidos: Apesar do crescimento de 9% nos transplantes realizados, fato que pode estar relacionado à pequena elevação na utilização de transfusão e nos procedimentos cirúrgicos, nota-se redução significativa do número de internações, exames solicitados, atendimentos ambulatoriais e tempo médio de permanência. As taxas de sobrevida em um ano, tanto do enxerto, quanto do paciente, foram de 84,05% e 80,14% para fígado, e 86,6% e 84,9% para o rim. Essas taxas são comparáveis aos melhores centros internacionais e superiores às obtidas no estado de São Paulo, indicando a eficiência do modelo para o controle eficaz dos resultados.

T00230 - A DOENÇA PERIODONTAL COMO FATOR DE RISCO PARA DIABETE MELLITUS E EVENTOS CARDIOVASCULARES. IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO DOS PACIENTES QUANTO A ESTA ATUAL REALIDADE.

Autor: MARIA CECILIA DIAS YUNIS SARPI; Co-autores: ANA ELIZABETH PAVIN; ROSSANA CHINATO SEIDENTHAL; VALTER FURLAN

Palavras-chave: Doença Periodontal, Diabete Mellitus, fator de risco, educação.

A Doença Periodontal, através de seus focos infecciosos presentes na cavidade oral, agindo de forma crônica e silenciosa, degenerando os ligamentos periodontais e o osso alveolar que suportam o elemento dental e assim causando uma série de eventos imuno-

inflamatórios, pode e têm sido atualmente considerada como fator de descompensação da Diabete Mellitus e aumento do risco Cardiovascular.

Baseados nesta forte e atual hipótese é que realizamos o Programa de Detecção e Prevenção da Doença Periodontal em clínica médica transdisciplinar cuja missão está voltada não somente a diagnosticar, tratar e reabilitar portadores de doenças crônicas, mas também prover serviço dedicado à educação, conscientização e prevenção para estes pacientes que constituem população de alto risco.

O publico alvo deste programa são os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo I e II, encaminhados por médicos endocrinologistas ao cirurgião dentista da clínica para que anualmente sejam avaliados com vistas à prevenção, identificação precoce, ações educativas e, sempre que necessário encaminhamento para profissional especializado a fim de realizar tratamento adequado. De acordo com julgamento individual do médico assistente, pacientes portadores de Doença Cardiovascular Crônica também podem ser encaminhados ao programa, já que evidências científicas também tem apontado a Doença Periodontal como fator de risco para eventos Cardiovasculares Agudos.

Cada paciente encaminhado ao Cirurgião Dentista é submetido à breve anamnese que consta da história médico-odontológica, identificação dos hábitos de higiene oral, auto-cuidados e avaliação do grau de conscientização sobre a importância da manutenção da saúde oral para um bom controle da doença base. Durante este procedimento procura-se conscientizar o paciente sobre hábitos de higiene e realização de Manutenção Preventiva Periódica.

Em seguida é procedido o exame clínico odontológico para verificação da condição geral e verificação do índice PSR – Periodontal Screening & Recording, que definirá a condição do Periodonto deste paciente, podendo ser de saúde, gengivite ou periodontite, e nestes casos pode ser leve, moderada ou severa.

psr 0	psr 1	psr 2	psr 3	psr 4
saude	gengivite	dp leve	dp moderada	dp severa

Este exame é realizado com o uso de sonda exploradora milimetrada, que penetra o sulco gengival, definindo sua condição clinica e determinando a ação a ser tomada pelo cirurgião dentista, que deverá relatar o caso e encaminhar o paciente ao especialista quando necessário.

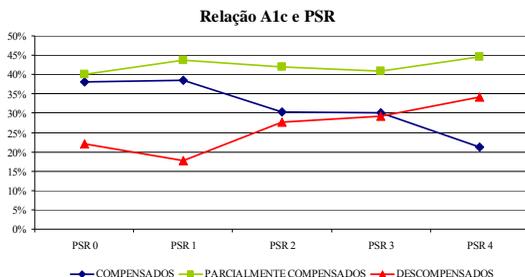
O Programa de Detecção e Prevenção da Doença Periodontal foi implantado no ano de 2004, e no decorrer de cinco anos, aumentou muito sua captação, e os resultados são os seguintes:

N = 2511 pacientes avaliados desde 2004.

	2004	2005	2006	2007	2008
PSR 0	35	70	125	175	232
	19%	13.6%	20.3%	30.5%	36.7%
PSR 1	25	152	185	167	159
	13.8%	29.5%	30.1%	29.1%	25.1%
PSR 2	33	123	242	189	192
	18%	23.9%	29.4%	32.9%	30.4%
PSR 3	32	89	44	29	29
	17.6%	17.3%	7.1%	5%	4.5%
PSR 4	56	79	17	13	19
	30.9%	15.3%	2.7%	2.2%	3%
TOTAL	181	513	613	573	631

Também apresentamos gráficos cruzando os resultados obtidos de PSR e HbA1c (hemoglobina alfa glicosilada), que é um composto formado no sangue entre a hemoglobina e a molécula de glicose e nos indica o grau de controle destes pacientes quanto à glicemia.

hba1c	compensados	parcialmente	descompensados
	< 7,0%	Entre 7,0% e 9,0%	> 9,0%



Estes resultados nos estimulam a continuar executando esta árdua missão que é conscientizar, educar e muitas vezes fazer com que haja mudanças nos hábitos já adquiridos ao longo de anos.

T00231 - VIABILIZANDO UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: A MELHORIA DA QUALIDADE INCREMENTA OS CUSTOS?

Autor: NEIL PATRICK MASCARENHAS

Palavras-chave: Custos; UTI; Gestão; Qualidade; Capacitação

Identificação do problema: O impacto do custo em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a discussão quanto ao efetivo resultado assistencial com as fontes pagadoras são problemas que permeiam a relação destas com a instituição hospitalar. A necessidade de se demonstrar os resultados assistenciais para os clientes motivou a instituição a reforçar a especialização de suas equipes médicas, oferecendo soluções mais eficientes e econômicas considerando o mesmo critério de gravidade.

Intervenção: A partir do final de 2006, a instituição deliberou por encerrar residências médicas, passando a requerer a utilização de especialistas titulados nos plantões de UTI, mantendo o custo operacional já incorrido nesta unidade, composta por 16 leitos e direcionada ao atendimento de pacientes graves.

Metodologia: Trata-se de uma avaliação indireta da evolução da qualidade assistencial tomando por base o desfecho dos casos internados em UTI comparados com a expectativa, utilizando a escala LODS (Logistic Organ Dysfunction System) de gravidade, comparando-se os indicadores anos de 2006 e 2008. Foram formados dois grupos: pacientes com LODS de admissão inferiores a 8 (probabilidade de alta é maior do que de morte) e pacientes com LODS de admissão superiores a 9 (probabilidade de morte é maior do que de alta).

Lods	Probabilidade	2006	2008
< 8	Alta > Morte	Mortes: 4,6%	Mortes: 4,0%
>= 9	Morte > Alta	Altas: 38%	Altas: 46%

Resultados: Entre 2006 e 2008 a ocupação média da unidade e a gravidade média dos pacientes permaneceram estáveis. Em 2008 todos os plantões da unidade contavam com o mínimo um médico especialista, além da coordenação da unidade, enquanto em 2006 as atividades médicas eram exercidas por médicos residentes, supervisionados pela coordenação da unidade. Neste período a tecnologia utilizada na unidade não sofreu alterações significativas.

Conclusões: O presente levantamento sugere a capacitação médica como fator determinante para a melhoria do resultado assistencial, sem necessariamente aumentar o custo do atendimento, oferecendo, desta forma, elementos para a melhora da relação entre instituição e fontes pagadoras.

T00234 - O COMBATE À OBESIDADE ATRAVÉS DA PROMOÇÃO À SAÚDE – UMA EXPERIÊNCIA DO METRUS INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL

Autor: EFRAIN CRISTIAN ZUNIGA SAAVEDRA; Co-autor: ALANE BENTO CAVALCANTE CAMPOS

RESUMO

Após estudos elaborados pela Companhia do Metropolitano de São Paulo – Metrô, no ano de 2005, aproximadamente 70% dos funcionários apresentavam excesso de peso, sendo que a obesidade correspondia a 22,6% destes.

Em parceria com o Metrus foi elaborado o “Programa Saúde & Equilíbrio”, com o objetivo de promover a busca do peso saudável, disponibilizando recursos para o tratamento, como rede referenciada de nutricionistas, academias para prática de atividade física, rede conveniada para de clínicas especializadas para o tratamento da obesidade e rede referenciada de grupos de apoio, além de subsidiar exames.

Em junho de 2006 iniciou-se o “Programa de Apoio ao Paciente Incentivado” – PAPI, focando beneficiários de todos os planos com indicação de cirurgia bariátrica, que apresentassem IMC acima de 30 kg/m², mas que não se enquadram integralmente na Resolução Normativa do Conselho Federal de Medicina (CFM nº 1766/2005), que regulamenta a realização deste procedimento. O programa, coordenado por uma equipe interna do Metrus, consiste em atividades multiprofissionais que envolvem acompanhamento nutricional, apoio psicoterápico, atendimento médico e incentivo a prática de atividade física monitorada, com subsídio.

Em junho de 2008, após dois anos do programa, foi realizado o primeiro diagnóstico, mostrando melhorias na redução de peso de 27% dos participantes classificados em Obesidade III, 24% em Obesidade II e 10% em Obesidade I, identificando o deslocamento destes para categorias mais saudáveis.

Este estudo também sugere na atual forma de gestão do programa, realizando pesquisa bibliográfica e comparações com outras operadoras, possibilitando conhecer boas práticas que consequentemente ofereçam melhores resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças, Obesidade, Multidisciplinaridade.

T00235 - A PRAXIS MULTIDISCIPLINAR NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO A DEPENDENTES QUÍMICOS NA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Autor: LAWRENCITA LIMEIRA ESPÍNOLA; Co-autor: JAIRISMAR MARIA ALVES DA SILVA

INTRODUÇÃO

Dentre as mudanças ocorridas na sociedade globalizada destaca-se a competitividade gerada nas relações humanas e certos fatores relacionados a sobrecarga de atividades, pressões de tempo violência, leva o homem a mergulhar em tensões, nevosismo e incertezas,

impossibilitando-o de expressar-se, o que pode desencadear várias patologias, dentre elas podemos citar o alcoolismo e o abuso de drogas (CHIAVENATO, 1999). A dependência química é proveniente de vários fatores de natureza biológica, psicológica e social, ela não escolhe raça, religião, sexo, idade ou grau de instrução, e configura-se como um dos grandes problemas sociais que atinge todos os países do mundo, inclusive o Brasil. (BUCHER, 1992). Recentemente vem crescendo a conscientização dos gestores institucionais sobre a importância da humanização na gestão empresarial e da implantação de programas que promovam a melhoria da saúde dos servidores. Em 1993, a Universidade Federal da Paraíba através da Superintendência de Recursos Humanos, implantou um Programa de Atendimento Integral ao Alcoolista e outros Dependentes Químicos (PAIAD), atendendo a demanda de servidores que apresentavam problemas decorrentes do alcoolismo. O programa é composto por uma equipe multiprofissional especializada, que conta com psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, enfermeiros, educador físico e alunos de diversos cursos e oferece serviços com orientação bio-psico-social, e atende servidores e familiares da Universidade Federal da Paraíba. O PAIAD oferece atendimento psicológico individual, Terapia Comunitária (TC), Biodança, loga, e também grupos de Educação Popular e Saúde, do Grupo de A.A. e do Grupo do NAR-ANOM. As atividades visam a qualidade de vida no trabalho, que para Chiavenato (1999) refere-se a preocupação com o bem-estar geral e a promoção a saúde mental dos trabalhadores no desempenho de suas tarefas.

Destacaremos aqui, a Terapia Comunitária (TC), que foi inserida no programa no início de 2006, com objetivo de favorecer a fala e expressão do sofrimento das situações de conflitos e crise, e resgatar a auto-estima dos participantes do grupo criando vínculos interpessoais, valorizando as potencialidades individuais e coletivas tomando possível a comunicação entre as diferentes categorias funcionais dentro da instituição.

METODOLOGIA

A metodologia da Terapia Comunitária contempla seis etapas: o acolhimento, a escolha do tema, a contextualização, a problematização (a escolha e construção do mote), o encerramento (rituais de agregação e conotação positiva) e a avaliação (por parte dos terapeutas) e baseia-se em quatro grandes eixos teóricos: Teoria Geral dos Sistemas; Teoria da Comunicação; Antropologia Cultural; Pedagogia de Paulo Freire; e Resiliência. (BARRETO, 2005).

RESULTADOS

De acordo com levantamento realizado nas fichas de cadastro, em 2006, foram atendidas no PAIAD 158 pessoas, das quais 88 homens e 70 mulheres, numa faixa etária de 11 a 77 anos. Desses participantes, 60% participaram da Terapia comunitária.

Foram realizadas 30 Terapias Comunitárias, com a participação de 90% de homens e 10% de mulheres. Desses participantes, 95% são dependentes químicos em recuperação e 5% são familiares. E, os temas mais abordados, durante o ano de 2006, foram dependência química, conflito familiar, dificuldade no relacionamento afetivo, ansiedade, saúde, problemas financeiros.

Nas avaliações realizadas no final de cada terapia, observou-se que os participantes puderam expressar suas angústias, dores, doenças, crenças, valores, qualidades e potencialidades, sentindo-se mais confiantes em si mesmos, aliviados, apoiados e com uma melhora significativa na auto-estima, podendo prestar uma qualidade mais elevada nos serviços desenvolvidos dentro da instituição.

CONCLUSÃO

Considera-se que as Terapias Comunitárias, possam representar uma contribuição para inspirar e motivar os profissionais no avanço da melhoria da qualidade de vida nas organizações de trabalho e familiar.

Com isso, espera-se que a intervenção as organizações repensem o modelo tradicional de prevenção às drogas e avancem rumo a uma concepção inovadora, em virtude da qual todos os indivíduos sejam mais críticos, participativos e comprometidos com uma sociedade mais saudável.

REFERÊNCIAS

- BARRETO, Adalberto de Paula. Terapia Comunitária: passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.
BUCHER, R., Drogas e drogadição no Brasil, Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992;

T00243 - IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU) EM UM HOSPITAL PÚBLICO

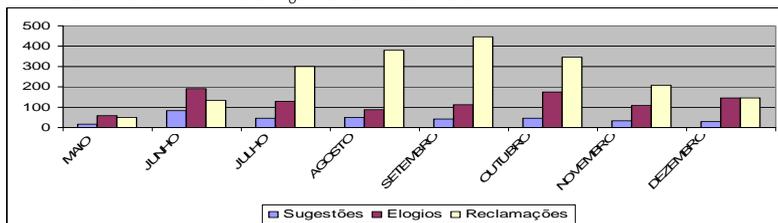
Autor: ANGELICA CRISTINA SAES; Co-autor: PATRICIA LEISNOCK

PROBLEMA: O Hospital Municipal M'Boi Mirim – Dr. Moysés Deutsch foi inaugurado em 09 de abril de 2008 e é um hospital público administrado pelo convênio da OSS – CEJAM (Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim) e pela Sociedade Beneficente Israelita Hospital Albert Einstein. O contrato de gestão estabelecido pela SMS prevê metas de produção e metas de qualidade, entre elas a composição do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) e o acompanhamento e resolução de no mínimo 80% das queixas registradas. O desafio estava em formatar um grupo em tão pouco tempo e administrar as queixas em um hospital recém inaugurado em que os processos ainda não estavam definidos e nem desenhados.

SOLUÇÃO: Contratar profissionais com experiência em SAC, elaborar os recursos necessários para a operação de registro, coleta e tratamento das queixas e produzir os relatórios que seriam usados como base para o corpo diretivo tomar decisões. As manifestações podem ser feitas por impressos, e-mail, telefone ou pessoalmente. O SAU elabora uma mensagem para registro da manifestação e envia aos envolvidos solicitando a resposta com as ações no prazo de 48 horas. Após receber a resposta entra em contato com o usuário (telefone) para agradecer pela oportunidade de melhoria, comunicar as ações, esclarecer dúvidas e finalizar o atendimento, caso o usuário demonstre satisfação.

RESULTADOS: Apesar da meta estabelecida pela SMS o SAU foi desenvolvido no Hospital Dr. Moysés Deutsch com a vocação de conhecer a opinião dos usuários e de melhorar nossos processos através das manifestações realizadas. Diversos processos do hospital puderam ser redesenhados através das manifestações feitas pelos pacientes. Como os processos ainda estavam em desenvolvimento, quando da criação do SAU, esse instrumento foi um importante aliado para agilizar as mudanças e implementar melhorias no hospital.

São elaborados relatórios semanais e mensais. Segue resultados obtidos em 2008:



T00254- PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO-PILOTO PARA NR32 VIA E-LEARNING

Autor: FABIO PATRUS MUNDIM PENA

Identificação do problema

Desde o final de 2007 foram intensificadas no meio hospitalar, incluindo o HSL, as fiscalizações da Delegacia Regional do Trabalho com foco nas Normas da NR32. Esta NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. HSL se propôs a inovar na construção de um modelo de adequação à nova norma, com a criação do PROJETO DE GESTÃO INTEGRADA DA SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA DO COLABORADOR. Um dos grupos de trabalho foi formado a partir da parceria entre a Superintendência de Gestão de Pessoas e o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sirio Libanês com o objetivo de propor solução de treinamento nos itens da NR32 para 100% dos colaboradores, em um modelo que tivesse, como premissa, a garantia da aprendizagem significativa, por meio de metodologias ativas de aprendizagem.

Solução implantada

Para o estudo piloto dessa nova abordagem metodológica selecionamos a equipe da limpeza como público-alvo para aplicação de ferramentas de treinamento virtual. Tal escolha deveu-se a:

- preocupação em incluir o processo de inclusão digital como motivador adicional, além do próprio conteúdo
- área possuía um gestor apoiador e motivado para aplicação de processos educacionais inovadores
- o conteúdo da NR32 e o tema segurança no trabalho é para Higiene extremamente inerente à sua função e prática diária

A partir da definição do público-alvo e da estratégia educacional, construiu-se a tática do treinamento, levando em conta as seguintes premissas:

a) capacidade de mobilizar o aprendiz para o conteúdo: a escolha do processo de inclusão digital foi feita com o objetivo de atrair os colaboradores dessa área para o processo de treinamento. Em consulta aos próprios colaboradores e lideranças da área era presente o interesse de muitos em aprender a “usar o computador”, habilidade que, conforme vimos posteriormente, a maioria não possuía em nenhum grau.

b) autonomia do aprendiz: com esse foco a capacitação foi feita integralmente em meio eletrônico, podendo o colaborador acessar o centro de informática disponível do Hospital ou mesmo qualquer computador para ter acesso ao treinamento. Todo o processo de inclusão digital e o desenvolvimento das habilidades necessárias para realização do programa também faziam parte do conteúdo do treinamento.

c) capacidade de refletir e tomar decisões acerca do conteúdo, não por meio da informação transmitida de forma passiva, mas estimulando a reflexão sobre “porquê dos processos serem assim”: tal premissa foi possível por meio da elaboração de cenarios simuladas dos processos de trabalho relacionadas com o tema em questão (segurança e saúde do trabalhador) expostas de forma interativa e do questionamento acerca da melhor decisão diante de um conjunto de possibilidades.

d) ser o mais real possível, buscando se assemelhar à rotina / realidade do colaborador: para tanto foram construídas situações obtidas a partir da própria prática de trabalho dos colaboradores e seus erros mais frequentes, além do apoio dos próprios colaboradores e lideranças da área na elaboração dos roteiros e das questões de aprendizagem e na participação como atores, além da ambientação da cena ocorrer no próprio Hospital.

O processo de avaliação incluiu a avaliação de reação para obtenção da percepção do aprendiz em relação ao processo de capacitação e a comprovação do conhecimento retido através de prova de múltipla escolha, aplicada imediatamente após o treinamento e outra após 30 dias a ser aplicada em plataforma-teste de educação à distância.

Resultados obtidos

O Programa foi aplicado a 219 Colaboradores no período entre 06 e 09 de outubro de 2008. O tempo médio do processo de treinamento foi de 45 minutos. O Índice de inclusão digital antes do treinamento (proporção de colaboradores que já usavam computador era de 28%.

Os resultados mostraram que 96% ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos com a forma do treinamento eletrônico. Em relação ao uso dos recursos multimídia (áudio, vídeo, etc), 95% ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos. Por fim, em relação ao formato do treinamento por meio de cenas do dia-a-dia, o grupo de satisfeitos e muito satisfeitos foi de 94%.

Em relação à retenção do conhecimento, 40% obteve aproveitamento acima de 90%, 50% alcançou desempenho entre 70 e 90% e somente 10% teve nota inferior a 70% do teste.

Os resultados mostram que o teste foi eficaz em relação aos seus objetivos de aprendizado, inclusão digital e capacidade motivacional dos colaboradores.

Os próximos passos em fase de implantação prevêem a ampliação do processo de capacitação para outras áreas, com agregação de novas metodologias conforme os públicos e abrangência de todos os temas da NR, a fim de alcançar em 2009 a totalidade dos colaboradores e terceiros do HSL.



COMISSÃO EXECUTIVA

NÚCLEO DIRETIVO

Ana Maria Malik

Álvaro Escrivão Junior

Denise Schout

Pubenza Lopez Castellanos

SECRETARIA EXECUTIVA

Ana Carolina Paranaíba de Andrade

Leila Dall'Acqua

Liliane Vianna



IX Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde

Editor Executivo: Rubens Baptista Júnior

Coordenadora de Arte: Libânia Rangel de Alvarenga Paes

Catálogo QualiHosp 2009 é uma publicação interna do QualiHosp ▪ redação: Rua Professor Picarolo, 163 – Cj: 74-E – CEP: 01332-020 – São Paulo- ▪ jornalista responsável: Rubens Baptista Júnior – MTb: 14 880
▪ *E-mail:* imprensa@rubens.med.br ▪ arte e produção gráfica: Woz Comunicação – *e-mail:* comunicacao@woz.com.br ▪ Os textos assinados são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, a opinião da publicação ▪ É proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação, sem a autorização expressa do editor ▪ Distribuição em circuito interno.



IX Congresso Internacional
de Qualidade em Serviços
e Sistemas de Saúde

