



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: AVALIAÇÃO DE
TECNOLOGIAS EM SAÚDE



LUCIANA REIS PIMENTEL

**GESTÃO DE QUALIDADE:
ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO EM UMA UTI**

Salvador, Bahia
2013

LUCIANA REIS PIMENTEL

**GESTÃO DE QUALIDADE:
ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO EM UMA UTI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como um dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Avaliação de Tecnologias em Saúde.

Orientador: Dr. Paulo Benigno Pena Batista
Coorientadora: Dr^a Vera Lúcia P. dos Santos Mendes

Salvador
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

P644 Pimentel, Luciana Reis
Gestão de qualidade: análise do grau de implantação em
uma UTI / Luciana Reis Pimentel. – Salvador, 2013.
77 f.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Benigno Pena Batista.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

1. Gestão de Qualidade. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3.
Acreditação. I. Batista, Paulo Benigno Pena. II. Universidade
Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083.98



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

Luciana Reis Pimentel

“Gestão de Qualidade: análise do grau de implantação em uma UTI”.

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

Data de defesa: 25 de fevereiro de 2013

Banca Examinadora:

Prof. Paulo Benigno Pena Batista /EBMSP

Profa. Ana Maria Malik /FGV-EAESP

Profa. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes/EAD//UFBA

**Salvador
2013**

Dedico este trabalho a todos os profissionais que atuam nas unidades de saúde e dão o melhor de si no seu processo de trabalho, primando pela segurança do paciente e pela qualidade dos serviços oferecidos.

AGRADECIMENTOS

Durante o caminho que trilhei pude aprender que sozinhos não chegamos a lugar algum. Por isso, gostaria de agradecer imensamente a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para que eu pudesse construir este trabalho.

Ao HOSPITAL SÃO RAFAEL e TODA SUA EQUIPE DE PROFISSIONAIS, por abrir suas portas e permitir que eu mergulhasse na realidade ali vivenciada, concedendo espaço, tempo e a oportunidade de estudar as experiências únicas praticadas na organização.

A DR. PAULO BENIGNO, por acreditar no meu potencial e por saber me deixar livre o suficiente para produzir e próximo o bastante para que eu não me desviasse do caminho, com muita paciência, solicitude e entusiasmo.

A DR^a VERA MENDES, por contribuir com sua experiência no tema estudado, compartilhando seu conhecimento e oferecendo as críticas construtivas quando necessário.

A CLÁUDIA CANABRAVA, pela disponibilidade e orientações.

Aos DOCENTES DO ISC, por conduzirem minha formação em Saúde Coletiva, abrindo meus horizontes e permitindo que eu desenvolvesse visão crítica da realidade que vivencio.

Às minhas DIRETORAS/COORDENADORAS DE TRABALHO, por valorizarem a formação profissional e disponibilizarem parte da minha carga horária para que eu pudesse cumprir as atividades do mestrado.

Aos meus COLEGAS DE TURMA, por me permitirem compreender o valor das amizades e do companheirismo nos momentos felizes e, principalmente, naqueles em que achamos que não vamos conseguir superar as dificuldades.

Aos meus AMIGOS, pelas palavras de incentivo e apoio constante.

Aos meus PAIS e IRMÃOS, por estarem sempre próximos, apesar da distância física, ouvindo-me e concedendo-me sempre palavras de carinho e amor.

A DOUGLAS, pelo companheirismo, compreensão e amor. Seu apoio foi fundamental para que eu pudesse me dedicar à construção deste trabalho.

E, acima de tudo, a DEUS, por abençoar minha vida, guiando-me sempre pelo melhor caminho.

“Só a busca é interessante, o achado é sempre pobre, incompleto e infeliz. Não é a busca pela busca que fascina, mas um buscar consciente da felicidade que este esforço por encontrar gera, pois com os encontros se constituem novas plataformas para novas buscas”.

Anísio Teixeira

RESUMO

Pimentel, LR. *Gestão de qualidade: análise do grau de implantação em uma UTI* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013. 77p.

Este estudo objetivou analisar o grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na UTI Geral I de um hospital filantrópico de alta complexidade, considerando o contexto e as estratégias, métodos e instrumentos utilizados. O estudo foi realizado em três fases: primeiramente elaborou-se o Modelo Lógico (ML) da gestão de qualidade desenvolvida na referida UTI; em seguida, foi elaborada a matriz de análise que permitiu estimar seu grau de implantação a partir de critérios definidos no ML. Na última fase, para compreender o contexto em que se deu a implantação da gestão da qualidade e os principais métodos utilizados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, análise documental e observação direta. Essas entrevistas foram analisadas mediante a técnica de análise de conteúdo da forma proposta por Bardin (1977). A classificação da UTI Geral I foi de grau pleno de implantação, com 88,8% de adequação aos indicadores descritos no ML. A análise das entrevistas permitiu concluir que a direção do hospital definiu a gestão de qualidade bem-sucedida como meta institucional, sendo que, para sua implantação, foi decisivo o apoio da alta administração e a escolha pela metodologia de acreditação.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão de Qualidade; Unidade de Terapia Intensiva; Acreditação.

ABSTRACT

Pimentel, LR. *Quality management: analysis of the degree of implementation in an ICU* [dissertation]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013. 77p.

This study aimed to assess the degree of implementation of quality management in the General ICU I developed a philanthropic hospital of high complexity considering the context and the strategies, methods and tools used. The study was conducted in three phases: In fase one was elaborated the Logic Model (LM) quality management developed in the ICU, then was drafted array analysis allowed to estimate their degree of implementation based on criteria defined in ML . In the last phase, to understand the context in which they gave the implementation of quality management and the main methods used were semi-structured interviews with key informants, document analysis and direct observation. These interviews were analyzed using the technique of content analysis as proposed by Bardin (1977). The classification of the General ICU I was fully implemented, with 88.8% of the adequacy indicators described in ML. The data analysis showed that the hospital management has defined quality management successful as institutional goal, and the support from the head office was a key for its implementation.

KEYWORDS: Quality Management, Intensive Care Unit; Accreditation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo Lógico da gestão de qualidade desenvolvida em uma UTI Geral.	40
Figura 2 – Linha do tempo da implantação da gestão de qualidade alinhada ao processo de acreditação da ONA no HSR.	55
Quadro 1 – Distribuição dos profissionais e dos leitos de terapia intensiva do Hospital São Rafael de acordo com a capacidade física instalada. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.	36
Quadro 2 – Caracterização dos especialistas que participaram da técnica de consenso. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.	45
Tabela 1 – Matriz de medida do grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida em uma UTI Geral. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.	48
Tabela 2 – Classificação do grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na UTI Geral I de um hospital filantrópico de alta complexidade. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.	52
Tabela 3 – Categorização das entrevistas. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.	54

LISTA DE ABREVIATURAS

CBA	–	Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistema de Saúde
DNV	–	<i>Det Norske Veritas</i>
GIC	–	Gestão da Informação/Comunicação
GSA	–	Gestão da Segurança Assistencial
GP	–	Gestão de Pessoas
GQ	–	Gestão de Qualidade
GQT	–	Gestão de Qualidade Total
GR	–	Gestão de Resultados
GC	–	Gestão do Cuidado
HSR	–	Hospital São Rafael
IQG	–	Instituto Qualisa de Gestão
JCI	–	<i>Joint Commission International</i>
MBA/ONA	–	Manual Brasileiro de Acreditação da ONA
ML	–	Modelo Lógico
NIAHO	–	National Integrated Accreditation for Health Care Organizations
ONA	–	Organização Brasileira de Acreditação
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
SCNES	–	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SDOC	–	Sistema Informatizado de Documentação
SUS	–	Sistema Único de Saúde
SI	–	Sistemas de Informação
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	20
3 MARCO REFERENCIAL	21
3.1 Qualidade e segurança em saúde: conceitos e atributos	21
3.2 Avaliação da qualidade e acreditação em saúde	26
3.3 Gestão de qualidade e suas dimensões	30
4 METODOLOGIA	34
4.1 Desenho do estudo	34
4.2 Local do estudo	34
4.3 Fases do estudo	36
4.3.1 Primeira fase: construção do modelo lógico	37
4.3.2 Segunda fase: elaboração da matriz de análise	43
4.3.3 Terceira fase: realização das entrevistas	45
4.4 Aspectos éticos	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 Grau de implantação	48
5.2 Categorização das entrevistas	53
5.2.1 Categoria 1 - Contexto em que se deu a implantação da gestão de qualidade	54
5.2.2 Categoria 2 - Principais métodos utilizados	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
7 REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	73
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
Apêndice B – Roteiro de entrevista	75
ANEXO	76
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	77

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação¹ aborda o tema gestão de qualidade em saúde, especialmente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde são tratados pacientes em estado crítico e que representam alto custo para o sistema de saúde.

As questões de investigação que motivaram a realização do estudo foram: Qual o grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na UTI Geral I do Hospital São Rafael (HSR)? Qual o contexto em que se deu essa implantação? Quais foram os métodos, estratégias e instrumentos utilizados?

O HSR constitui-se em um hospital filantrópico de alta complexidade. O estudo foi realizado na UTI Geral I, devido a suas características (alta complexidade tecnológica, atender pacientes em estado crítico, relacionar-se com diversos setores intra-hospitalares e possuir corpo clínico fechado), refletindo assim a implantação da gestão de qualidade no hospital como um todo.

Este documento apresenta seis seções. No capítulo introdutório, são abordados os aspectos que envolvem o tema, tendo em vista a importância da gestão de qualidade no sentido de melhorar os processos técnicos e assistenciais dos serviços de saúde. Em seguida, são apresentados os objetivos gerais e específicos do estudo. A terceira seção compõe-se do marco referencial, que discorre sobre: qualidade e segurança em saúde; avaliação da qualidade e acreditação em saúde; gestão de qualidade e suas dimensões. Posteriormente, tem-se a metodologia, na qual são descritas as etapas da realização da pesquisa, como: construção do modelo lógico, elaboração e aplicação da matriz de análise, realização das entrevistas. O capítulo de resultados e discussão é apresentado na sequência, tendo como subdivisão: grau de implantação e categorização das entrevistas. Por fim, têm-se as considerações finais, que finaliza o trabalho.

A escolha pela temática deveu-se à realidade brasileira em que ainda são poucas as iniciativas pelas organizações de saúde para implantação de programas de qualidade, bem como pelo reconhecimento da importância de uma gestão de qualidade bem estruturada, que permita fortalecer a segurança do cuidado, melhorar os custos e promover melhorias contínuas na atenção à saúde no País.

¹ O projeto de pesquisa da dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Monte Tabor/Hospital São Rafael, Salvador-Bahia (apreciado na 147ª reunião ordinária em 05/05/2012 – Parecer de nº 06/12).

1 INTRODUÇÃO

As organizações prestadoras de serviços de saúde apresentam o desafio de estabelecer um equilíbrio entre as necessidades crescentes de saúde demandadas pela população e a escassez de recursos, associando-se o aumento da expectativa de vida, a pressão do mercado pela incorporação de tecnologias de alto custo, bem como a necessidade de garantir a qualidade nos serviços de saúde.

Diversas propostas têm surgido com o objetivo de trazer soluções para o desafio que se impõe aos gestores da área de saúde, que é o de reduzir ou conter custos ao mesmo tempo em que a melhoria contínua da qualidade é promovida. Uma estratégia é a gestão de qualidade (GQ), que consiste em promover um conjunto amplo de ações que envolvem toda a organização no sentido de melhorar os processos técnicos e assistenciais.

Apesar de haver um crescente interesse quanto à qualidade, ainda não existe um consenso quanto a seu conceito e aplicabilidade na área de saúde. Uma das acepções mais utilizadas na área de saúde é a que foi proposta por Avedis Donabedian (1980), em que a qualidade refere-se à propriedade da atenção médica que pode ser obtida em diversos graus ou níveis e pode ser definida como “a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes” (MEZOMO, 2001, p.73).

Donabedian (1990) ampliou esse conceito acrescentando que a qualidade abrange sete aspectos fundamentais: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Portanto, o termo “qualidade” se refere ao esforço em evitar variações desnecessárias, especialmente se conduzem a um resultado indesejado ou pior que o usual. Desse modo, para que a melhoria no resultado assistencial se aproxime do ideal, é necessário minimizar as

variações nos processos, mediante o investimento em treinamentos, implantação de protocolos e rotinas, bem como a garantia de insumos e infraestrutura adequada. Contudo, mesmo utilizando a padronização dos processos, há que se considerar que poderão existir variações nos indivíduos e em suas respostas terapêuticas, e, portanto, diferenças nos resultados (MALIK; SCHIESARI, 2012).

Desse modo, a implantação da gestão da qualidade em serviços de saúde implica reorientar os aspectos referentes ao processo assistencial e administrativo. Para que se obtenha o sucesso dessa iniciativa, é preciso haver a decisão política de introduzir e subsidiar as mudanças na gestão, organização e avaliação do processo de trabalho. Além disso, é imprescindível promover a capilarização² da cultura de qualidade, para que haja o envolvimento e o comprometimento de todos os colaboradores com os objetivos e metas definidos pela organização para, assim, alcançar a qualidade e segurança dos serviços prestados.

O tema qualidade em serviços de saúde surge na literatura internacional associado à avaliação, provavelmente devido ao aumento acelerado dos custos da assistência médica (MENDES; 1994). A importância da avaliação nesse contexto está no fato de que induz mais à reflexão do que à reprodução acrítica de técnicas e instrumentos, aumentando a probabilidade de se conseguir melhores resultados (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A avaliação pode ser entendida como um julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, objetivando auxiliar a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

A avaliação da qualidade, por sua vez, consiste em uma medida real da assistência com base em padrões preestabelecidos. A sistematização da avaliação da qualidade está

² A palavra capilarização constitui-se em um neologismo e está sendo utilizado como sinônimo de disseminação da cultura de qualidade entre os colaboradores que atuam em uma organização.

fundamentada em três aspectos: a estrutura dos serviços, os processos que caracterizam os cuidados em saúde e os resultados alcançados (DONABEDIAN, 1980).

A estrutura trata do fato de que boas condições aumentam a possibilidade de resultar em processo adequado de cuidados, sendo que os recursos (instalações físicas, equipamentos e força de trabalho) são descritos e comparados com padrões estabelecidos. O processo fundamenta-se no princípio de que, ao fazer aquilo que à luz do conhecimento atual é considerado certo, é mais provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for aplicado. A abordagem de resultado, por sua vez, diz respeito ao alcance ou não dos objetivos do cuidado em saúde definidos (DONABEDIAN, 1980).

Nesta pesquisa, pretende-se abordar principalmente os aspectos de processo e resultado, pois, considerando que a unidade escolhida como caso para o estudo possui um certificado de acreditação reconhecido pelo Ministério da Saúde, pressupõe-se que os padrões preestabelecidos quanto à estrutura já foram avaliados.

Cada vez mais, tem sido utilizada pelas organizações de saúde, inclusive pela unidade objeto de análise neste estudo, a metodologia de acreditação, pois oferece subsídios ao processo de implantação da gestão de qualidade em seus serviços e processos, indicando uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes.

Os programas de acreditação têm sido desenvolvidos a partir da aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total, utilizando um conjunto de critérios e padrões preestabelecidos, que as organizações são obrigadas a cumprir, avaliando o grau ou nível em que se encontram, tendo como foco a segurança do paciente e a qualidade da assistência.

Dessa forma, a acreditação representa uma referência de qualidade assistencial para a sociedade como um todo, uma vez que exhibe uma indicação objetiva de que as organizações de saúde se encontram em conformidade com determinados padrões, o que sinaliza uma menor probabilidade da ocorrência de erros e resultados adversos (QUINTO NETO, 2000).

Em estudo sobre os programas de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo, foi realizado um levantamento, no segundo semestre de 1999, quanto à implantação ou não de iniciativas de qualidade. Foram estudados hospitais públicos, filantrópicos, não filantrópicos e universitários, sendo que, dos 97 hospitais que responderam à pesquisa, 23% afirmavam ter alguma iniciativa desse teor, enquanto os 77%, cuja resposta foi negativa, atribuíam essa decisão aos custos dos programas, à demora na obtenção de resultados e à falta de necessidade. Os resultados obtidos no estudo apontam para o conhecimento e interesse abaixo do esperado, numa época em que se vivia a era da globalização e no modismo do final dos anos 80 e nos anos 90, ao se falar em qualidade na área hospitalar (MALIK; TELES, 2001).

Contudo, a gestão desenvolvida pelos hospitais tem adquirido novas características, pois, como prestadoras de serviços de saúde, necessitam estar em constante disposição para atender às expectativas e demandas dos clientes/pacientes, dos compradores de serviços, bem como de uma comunidade que está cada vez mais exigente, além de atuar em uma sociedade na qual imperam os conceitos de competência, competitividade e de qualidade.

A partir do entendimento de que o cotidiano hospitalar é dinâmico, compreende-se que no interior dos hospitais se desenrolam processos de trabalho múltiplos e paralelos. Enquanto alguns desses processos são mais estáveis e propensos à quantificação, outros são bastante variáveis e difíceis de mensurar, como, por exemplo, a Gestão de Qualidade (GQ), que apresenta componentes e elementos multifacetados (MENDES, 1994).

Neste sentido, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) destaca-se como um dos setores mais importantes do hospital, onde este desafio é uma constante, pois são tratados pacientes de alto risco, em estado grave e com chances de sobrevivência. Para tanto, precisa dispor de recursos humanos, materiais e tecnológicos especializados, de alta complexidade e alto custo.

O sistema de gestão utilizado pela UTI abrange aspectos financeiros, segurança, qualidade, educação e inovação no atendimento ao cliente interno e externo.

Conseqüentemente, precisa ser sistematizado e primar por fundamentos como: valorização de recursos humanos, visão estratégica, qualidade centrada no cliente, foco em resultados, comprometimento da alta administração, visão de futuro, valorização das pessoas, ação proativa e aprendizado contínuo (KNOBEL et al., 2006).

Em um estudo prospectivo de coorte, realizado em 2007, que abrangeu 16.560 pacientes e 275 UTIs de vários países do mundo, demonstrou-se que é possível ter UTIs eficientes e com baixo uso de insumos; UTIs caras e eficientes; UTIs ineficientes e com baixo uso de insumos e UTIs ineficientes com grande consumo de recursos. Neste estudo, ficou evidente que a implantação de uma metodologia simples de visita clínica regular, conjugada com a existência de unidade de emergência na mesma organização, número de profissionais de saúde e qualificação, pareceu sobrepor-se à existência de tecnologia mais sofisticada e foi, em análises multivariadas, associada a uma boa relação entre mortalidade e utilização de recursos tecnológicos em equipamentos. Concluiu-se que desenvolver uma gestão da qualidade significa fazer o melhor com o mínimo de recursos disponíveis, sejam eles materiais, financeiros ou humanos (ROTHEN et al., 2007).

A partir da aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal de 1988, ampliou-se consideravelmente o acesso da população aos serviços de saúde, desde a atenção básica até a assistência hospitalar de cuidados intensivos. Segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES, 2012), o Estado da Bahia dispõe atualmente de 1.299 leitos de UTI, dos quais 741 são públicos, correspondendo a mais de 57% do total.

Gerir essas unidades com foco na qualidade, na melhoria dos indicadores e dos custos, na maioria das vezes se configura como um desafio para os gestores do SUS, pois, além da vontade política, é preciso dispor de técnica e conhecimento especializado.

Em pesquisa realizada no hospital escolhido como caso para este estudo, Mendes (1994) verificou que cabe à gestão da empresa criar condições propícias para assegurar a qualidade. Portanto, os instrumentos de gestão devem estimular o bom desempenho e a motivação, criando as condições necessárias à obtenção da qualidade nos serviços de saúde.

Mediante a relevância do tema em discussão e da escassez de estudos avaliativos com foco na gestão de qualidade em UTI, justifica-se o desenvolvimento de um estudo de caso em uma unidade que tem implementado uma política de gestão da qualidade com resultados positivos quanto à assistência prestada e em diversos indicadores. Desse modo, apresentam-se como questões norteadoras para este estudo: Qual o grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na UTI Geral I do Hospital São Rafael? Qual o contexto em que se deu essa implantação? Quais foram as estratégias, métodos e instrumentos utilizados?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

– Analisar o grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral I do Hospital São Rafael (HSR), considerando o contexto e as estratégias, métodos e instrumentos utilizados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar o modelo lógico da gestão de qualidade desenvolvida na UTI Geral I do HSR.
- Construir uma matriz de medidas para estimar o grau de implantação da gestão de qualidade na referida UTI.
- Compreender como se deu a implantação da gestão de qualidade na UTI Geral I do HSR, descrevendo o contexto e as estratégias, métodos e instrumentos utilizados.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 QUALIDADE E SEGURANÇA EM SAÚDE: CONCEITOS E ATRIBUTOS

O termo qualidade tem sido uma palavra quase mágica que se utiliza em diversas situações da vida cotidiana. Fala-se em qualidade de vida e das relações, em qualidade de produtos, de serviços, de sistemas. Fala-se ainda de qualidade em economias desenvolvidas e subdesenvolvidas, como uma fórmula para que as empresas aumentem a produtividade e a competitividade (MENDES, 1994).

O controle de qualidade como instrumento de gestão tem sua origem associada à produção industrial e ao contexto pós-Segunda Guerra, em que alguns países como os Estados Unidos obtiveram destaque por produzir suprimentos militares com custo menor e em grande quantidade. Posteriormente, o Japão, que necessitava se reconstruir, passou a incorporar e aplicar esses conhecimentos, aperfeiçoando a capacidade de produção e a competitividade dos produtos diante dos mercados internacionais.

A qualidade na indústria foi definida inicialmente como a capacidade de um produto atingir o propósito para o qual foi destinado, produzido com o menor custo possível. Essa definição evidencia dois atributos da qualidade, a adequação ao uso e a eficiência da produção (MENDES, 1994).

Diversos autores são reconhecidos quanto a trabalhos desenvolvidos e pelas contribuições nessa área, fazendo-se necessário revisar os principais teóricos da qualidade, desde o contexto industrial à aplicabilidade na área de saúde. Na área industrial, destacam-se Deming, Juran, Ishikawa e Crosby, e, na área de saúde, Nightingale e Donabedian.

Deming foi o responsável pelo treinamento dos gerentes japoneses no campo do controle estatístico da qualidade na década de 50. É considerado o teórico da qualidade, pois discute mais as ideias do que propostas práticas de operacionalização da Gestão de Qualidade

Total (GQT). A definição de qualidade desse estudioso parte do pressuposto de que esta só pode ser definida do ponto de vista de quem avalia, devendo-se privilegiar a satisfação do consumidor, ou seja, atender às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Juran também contribuiu para o desenvolvimento do modelo japonês. Para ele, um produto ou serviço deve estar livre de defeitos ou erros, e essa premissa precisa ser incorporada ao processo desde o início. Sua definição de qualidade pressupõe a adequação ao uso, procurando atender satisfatoriamente às necessidades do cliente (JURAN, 1991).

Ishikawa trouxe para a área contribuições importantes, como a criação de instrumentos de auxílio ao monitoramento dos processos de controle de qualidade, que são denominados pelo autor de círculos de controle de qualidade, e também as sete ferramentas. Segundo ele, com a utilização das ferramentas, a qualidade pode ser conseguida por qualquer trabalhador. Além disso, redefiniu o conceito de cliente, acrescentando os clientes internos, que correspondem aos funcionários que recebem os resultados do trabalho de colegas como insumo para o seu próprio trabalho (WOOD; URDAN, 1984). Crosby, por sua vez, traz para a qualidade os princípios de defeito zero e da conformidade aos requisitos. Sua maior contribuição foi a quantificação da qualidade em termos financeiros, levando os gerentes a entender que implementar a qualidade é mais barato do que não fazê-la (MALIK; SCHIESARI, 1998).

A utilização da qualidade na área de saúde teve destaque com a atuação de Florence Nightingale, que, durante o conflito da Crimeia (1854-1856), desenvolveu um trabalho voluntário junto a 38 enfermeiras, prestando assistência aos soldados britânicos seriamente feridos, agrupando-os e isolando-os em áreas, desenvolvendo medidas preventivas para evitar infecções e epidemias como: limpeza, dieta adequada, individualização do cuidado, redução dos leitos por enfermaria e da circulação de pessoas estranhas. Como resultado, obteve-se a

redução da mortalidade entre os pacientes e a implantação do primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde (KNOBEL et al., 2006).

Donabedian (1980) desenvolveu um modelo fundamental para a avaliação de qualidade em saúde, definindo qualidade como uma propriedade que a prática médica deve possuir. O autor, a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado, propôs um conjunto de indicadores ou atributos de qualidade que melhor representa a situação a ser avaliada: a estrutura abrange os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica; o processo refere-se ao conjunto das atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e pacientes; o resultado constitui-se no produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões estabelecidos e de expectativas.

Posteriormente, o referido autor ampliou a definição de qualidade descrevendo os sete pilares, que compreendem: a eficácia, como a capacidade do cuidado; a efetividade corresponde ao conjunto de melhorias possíveis nas condições de saúde a serem obtidas; a eficiência diz respeito ao custo para que uma dada melhoria na saúde seja alcançada; a otimização é a adição de benefícios em relação aos custos; a aceitabilidade significa a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias; a legitimidade é a aceitabilidade do cuidado do modo pelo qual é visto pela comunidade em geral; e a equidade diz respeito à determinação do que é justo na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma sociedade (DONABEDIAN, 1994).

Pode-se dizer ainda que a qualidade abrange os componentes de adequação, qualidade técnico-científica, efetividade e eficiência. O primeiro componente se refere à relação entre as necessidades dos serviços e as necessidades da população. O segundo corresponde ao grau de utilização dos conhecimentos e tecnologias médicas disponíveis. A efetividade, por sua vez, diz respeito ao impacto potencial de um serviço ou programa e o impacto real em uma

situação concreta. Já a eficiência, corresponde à relação entre o impacto real do serviço e os custos de sua produção (VUORI, 1991).

Portanto, a definição de qualidade dos serviços de saúde, não pode ser reduzida a apenas uma dimensão e deve contemplar os diversos grupos de interesses: dos pacientes, de seus familiares, dos profissionais, dos administradores e dos gestores. O tema da qualidade dos serviços ofertados à população ainda representa um aspecto crítico para gestores e administradores dos serviços de saúde, sendo que se está impondo cada vez mais na agenda nacional e internacional e nos debates sobre reforma dos sistemas de saúde (SERAPIONI, 2009).

Sugere-se que a qualidade dos serviços de saúde deva ser aferida e aperfeiçoada, sendo necessários investimentos e esforços permanentes, tanto dos gestores quanto dos profissionais. Na verdade, cumprir padrões, melhorar indicadores, reduzir custos, otimizar os serviços, atender aos interesses dos diversos atores envolvidos no processo de cuidado em saúde, bem como alcançar a efetividade e eficiência, não se constituem numa tarefa fácil (NOGUEIRA, 1994).

Enquanto na indústria o objetivo principal do controle da qualidade é prevenir ocorrência de produtos defeituosos no futuro, em serviços de saúde, o objetivo é não só prevenir resultados indesejáveis, mas garantir a segurança dos pacientes (MENDES, 1994).

Neste sentido, destaca-se a importância de garantir aos usuários do sistema de saúde uma atenção segura, de modo que sejam minimizados os erros e as causas potenciais de riscos e danos à sua integridade física e emocional.

A segurança do paciente corresponde a uma das dimensões da qualidade em saúde na medida em que deve envolver todos os profissionais que atuam, direta ou indiretamente, com os pacientes, inclusive o corpo diretivo (BERWICK, 2002). Pode ser definida como o processo de poupar o paciente de danos acidentais, estabilizando os sistemas e processos

operacionais no intuito de minimizar a ocorrência de erros e maximizar a probabilidade de interceptá-los quando ocorrem (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

A prática segura se dá quando os processos e estruturas dos sistemas de saúde proporcionam a redução da probabilidade de eventos adversos (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2001). Os eventos adversos podem ser definidos como ocorrências médicas desfavoráveis aos pacientes ou sujeitos da investigação clínica e que não estejam relacionadas diretamente ao tratamento, podendo apresentar gravidades diversas, como óbito, ameaça ou risco de vida, prolongamento da hospitalização, incapacidades, anomalias, entre outras (BRASIL, 2005).

Em 1999, o relatório publicado pelo Institute of Medicine, sob o título *To Err is Human: Building a Safer Health System*, representou um marco quanto às discussões sobre a segurança do paciente. Estimou-se que erros médicos causavam cerca de 44.000 a 98.000 mortes anualmente nos Estados Unidos, e os custos anuais desses erros giravam em torno de \$17 a 29 bilhões de dólares. Segundo informações do relatório, o problema não é devido à incompetência dos profissionais de saúde, mas em virtude de bons profissionais trabalharem em sistemas inadequados e que necessitam ser mais seguros para os pacientes. Foi demonstrado que os serviços de saúde não são tão seguros como parecem ou deveriam ser, sendo relatada a necessidade urgente de redução de erros médicos, com a sugestão de que o ideal seria, em cinco anos, reduzir pela metade o número de mortes causadas por esses erros (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou no ano de 2004, em Washington, a *The World Alliance for Patient Safety*, que significa Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Constitui-se em um programa que trabalha em parceria com grupos de pacientes e gestores com o objetivo de reduzir eventos adversos na área de saúde e, também, os efeitos sociais advindos da assistência insegura aos usuários dos serviços de saúde (WHO, 2004).

Têm sido observados avanços na qualidade e segurança da prestação de serviços de saúde, inclusive no Brasil. Contudo, apesar do aumento da oferta de serviços à população, tanto públicos quanto privados, convive-se com o desafio de garantir que estes sejam praticados de modo seguro e com a qualidade necessária. Ainda são poucos os serviços que se dispõem a ações voluntárias de avaliações pelas acreditadoras presentes no País, tanto de metodologias nacionais quanto internacionais (MALIK; SCHIESARI; CASTELLANOS, 2012).

3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação da qualidade corresponde à mensuração do nível de qualidade atual dos serviços prestados, mais o esforço de modificar, quando necessário, a provisão destes serviços, a partir dos resultados da medição (VUORI, 1987).

Nas discussões sobre qualidade, existe implícita ou não a importância da avaliação, que “[...] pode produzir informação tanto para melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito” (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p.30).

Ao se utilizar a avaliação, aumenta-se a probabilidade de conseguir resultados melhores, pois esta induz mais à reflexão do que à reprodução acrítica de técnicas e instrumentos. A avaliação de qualidade surge como campo de conhecimento específico dentro da avaliação em saúde, na medida em que proporciona respostas a perguntas relativas aos resultados esperados de um programa, ação ou serviço. Ela permite definir se o que está sendo feito é ou não bom e digno de ser mantido (MALIK; SCHIESARI, 1998).

No desenvolvimento das avaliações em saúde como práticas institucionalizadas em conjunturas diversas, foram construídas especializações e segmentações, com inserção e aplicabilidade próprias. Uma avaliação da qualidade do serviço pode constituir-se em

pesquisa de avaliação, avaliação para decisão ou avaliação para gestão, podendo os dados que compõem o instrumento de avaliação serem relativos à condição estrutural (recursos humanos, equipamentos, etc.), aos processos que definem uma prática (cuidado prestado ao paciente) e às medidas que permitem a mensuração de resultados dessa prática (estado de saúde do paciente) (NOVAES, 2000).

Em relação à avaliação para gestão, pode-se dizer que tem como objetivo principal a produção da informação no sentido de aprimorar os processos e serviços. O sistema de avaliação voltado para garantia de qualidade e subsídio à gestão, que tem ocupado um lugar importante na área da saúde, é a avaliação externa, mediante a metodologia de acreditação.

A partir do final dos anos 80 difundiu-se internacionalmente a percepção originada nos EUA de que não era mais suficiente os profissionais e dirigentes estarem satisfeitos com a qualidade do serviço que era oferecido à população. Tornou-se cada vez mais importante dispor de um atestado externo que reconheça a organização como adequada e justifique buscar assistência por ela prestada. Contudo, apesar de existirem quase vinte anos, desde o início do processo de acreditação no País, observa-se que não chega a 2% do total o número de hospitais brasileiros acreditados (MALIK; SCHIESARI, 2012).

A acreditação consiste em um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui-se, essencialmente, em um programa de educação continuada e não em uma forma de fiscalização (ONA, 2010).

A certificação/acreditação hospitalar é um processo de reconhecimento da existência de determinados padrões de qualidade nos serviços de saúde. Fundamentado no processo educativo, visa sensibilizar a administração para a criação de um ambiente organizacional adequado à produção de serviços de qualidade, comprometendo-a com os indicadores de

qualidade e com a segurança dos pacientes familiares e trabalhadores, ou seja, com o futuro da organização (MEZOMO, 2001).

O processo de acreditação hospitalar envolve a participação voluntária das organizações prestadoras de serviços de saúde que estão buscando a melhoria da assistência prestada e da qualidade dos processos. Para tanto, o hospital necessita atender a determinados padrões de conformidade estabelecidos pelos órgãos acreditadores, que, após avaliação *in loco* por uma equipe multidisciplinar de avaliadores, decidem pela acreditação ou não, dependendo da situação em que a organização estiver diante dos padrões e critérios preestabelecidos.

A avaliação é realizada periodicamente e baseia-se na verificação da conformidade com os padrões de acreditação reunidos no Manual utilizado como referência, iniciando-se um novo ciclo de acreditação a cada (re)avaliação. Cada ciclo de acreditação pode ser descrito da seguinte forma: o hospital interessado em ser acreditado entra em contato com uma organização acreditadora, que faz uma visita de apresentação e divulgação da metodologia, estabelecendo o prazo para que o hospital se prepare para a avaliação. Nessa reunião, é solicitado que o hospital providencie toda a documentação que faz parte da avaliação como, por exemplo, alvará da vigilância sanitária, inscrição estadual/municipal, cadastro nacional de pessoa jurídica, entre outros. Uma equipe de avaliadores internos (formada geralmente por gerentes de áreas/setores/unidades e profissionais da área de qualidade do próprio hospital) é organizada e submetida a um processo de capacitação onde é apresentada a metodologia de acreditação. A referida equipe é responsável pelo processo interno de preparação para avaliação e deverá estar envolvida com o processo de planejamento e melhoria da qualidade do hospital, devendo realizar autoavaliações, utilizando o manual escolhido. Essas avaliações internas geram um diagnóstico situacional do hospital que demonstra os pontos que podem ser melhorados (RODRIGUES, 2004).

Entre as metodologias de acreditação utilizadas pelas organizações prestadoras de serviços saúde do Brasil estão: a desenvolvida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que é brasileira, e os modelos internacionais: a Joint Commission International (JCI), cujo representante no País é o Consórcio Brasileiro de Acreditação de Serviços e Sistema de Saúde (CBA); a Accreditation Canada, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG); o National Integrated Accreditation for Health Care Organizations (NIAHO), representado pela Det Norske Veritas (DNV).

Em abril de 2012, verificou-se que, no Brasil, as metodologias são desenvolvidas em ordem crescente pela Accreditation Canada/IQG, com 18 certificações; pela Joint Commission International/CBA, com 29 certificações; e pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), com 297 certificações.

A ONA destaca-se pelo maior número de acreditações no País. Para proceder a avaliação da qualidade, é utilizado como instrumento de avaliação o *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde* da ONA (2010), composto por seções e subseções, sendo que, para cada subseção, existem padrões interdependentes que devem ser integralmente atendidos.

Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios específicos, sendo obrigatório o cumprimento integral destes. O princípio do nível 1 é “Segurança”, do nível 2 é “Gestão Integrada” e do nível 3 “Excelência em Gestão”. Para cada um desses níveis, são estabelecidos requisitos que esclarecem e especificam o padrão a que estão relacionados (ONA, 2010).

Para a organização de saúde ser qualificada na condição de “Acreditada”, é preciso cumprir integralmente os requisitos do Nível 1. Quando cumpre integralmente os requisitos do Nível 1 e 2, a organização é qualificada na condição de “Acreditada Plena”. E, para ser

qualificada como “Acreditada com Excelência”, a organização tem de cumprir integralmente os requisitos dos níveis 1, 2 e 3 (ONA, 2010).

Existe prazo de validade para o título de qualificação concedido, que é de dois anos para os Níveis 1 e 2 e de três anos para o nível 3. Durante esse prazo, existe um processo de acompanhamento realizado pela Instituição Acreditadora credenciada pela ONA.

Entre as principais vantagens da acreditação hospitalar, podem ser destacadas: a ênfase em ações para garantir a segurança dos pacientes/clientes e profissionais; a construção do trabalho em equipe e multiprofissional; a busca contínua pela qualidade das atividades de assistência e gestão; a adoção de critérios, objetivos, padrões e indicadores, que permitem o controle, monitoramento e avaliação contínua das melhorias. Além disso, tem significado um diferencial de mercado e uma marca cada vez mais reconhecida pelos usuários.

Todavia, é importante compreender que a obtenção de um certificado de avaliação externa não é suficiente para garantir a qualidade em uma organização. É necessário que haja um processo de aprimoramento contínuo, pois, especialmente na área de saúde, a realidade é dinâmica, e sempre existirão novas exigências, conhecimentos e interesses (BERWICK, 2002). Desse modo, devem-se implantar sistemas de gestão de qualidade que se tornem adequados à realidade da organização e permitam a promoção contínua da qualidade dos processos e serviços. É sobre este assunto que versa o próximo tópico.

3.3 GESTÃO DE QUALIDADE E SUAS DIMENSÕES

A preocupação com a gestão da qualidade surgiu a partir da década de 50, trazendo uma nova filosofia gerencial com base no desenvolvimento e na aplicação de conceitos, métodos e técnicas adequados a uma nova realidade. A Gestão da Qualidade Total (GQT), como ficou conhecida essa nova filosofia gerencial, marcou o deslocamento da análise do produto ou serviço para a concepção de um sistema da qualidade. A qualidade deixou de ser

um aspecto do produto e responsabilidade apenas de departamento específico, e passou a ser um problema da empresa, abrangendo, como tal, todos os aspectos de sua operação (LONGO, 1996).

Pode-se dizer que o controle de qualidade total existe no momento em que a responsabilidade passa a ser assumida por todos os envolvidos, utilizando-se do trabalho em equipe com foco na qualidade. O termo “total” significa o envolvimento de todos da organização com a qualidade (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Além de possuir uma abordagem sistêmica e partir de uma estratégia de alto nível; a gestão da qualidade total funciona horizontalmente, através de funções e departamentos, envolvendo todos os funcionários, fornecedores e clientes da empresa (BECKER, 1993).

Entre as dimensões da gestão de qualidade podem-se destacar: administração da produção, administração de marketing, estilo gerencial e dimensões culturais. Para sua operacionalização, estão disponíveis diversas técnicas e ferramentas como: *Just In Time*; Controle Estatístico do Processo; Círculos de Controle da Qualidade; Sistema 4T (Total); Ciclo PDCA, entre outros (MENDES, 1994).

A gestão da qualidade no âmbito da saúde apresentou grande avanço na área hospitalar nos Estados Unidos e na Europa a partir da década de 80. No Brasil, a partir da iniciativa de reforma administrativa do Estado com repercussão no setor saúde, na década de 90, intensificou-se a implantação do programa de qualidade total, em que algumas organizações hospitalares públicas, filantrópicas e privadas passaram a adotar esse modelo de gestão e utilizar indicadores de avaliação da qualidade (BARROS, 2006).

Os programas de qualidade na gestão hospitalar compreendem um complexo conjunto de dimensões a serem consideradas para a obtenção da meta qualidade em saúde. A gestão da qualidade nas organizações de saúde pode desencadear uma mudança de paradigma na forma de administrar, objetivando o alcance e a garantia da excelência. Portanto, são inúmeras as

contribuições que podem ser obtidas com tais programas, pois a qualidade dos serviços de saúde não é obtida simplesmente com a reunião de um excelente corpo clínico e infraestrutura, exige também uma gestão dos processos administrativos da organização, os quais incluem: finanças, logística, procedimentos operacionais, entre tantos outros aspectos (SILVA et al., 2010).

Considerando que os hospitais são sistemas complexos, constituídos de diferentes áreas que interagem e servem de suporte ao atendimento de pacientes e clientes internos, a UTI corresponde a um subsistema dentro do hospital. Desse modo, pode ser considerado um dos setores de maior complexidade da organização, pois se apresenta como cliente de várias áreas e presta serviços para outras unidades intra-hospitalares, como centro cirúrgico, pronto atendimento, setores de internação, e possui o paciente como cliente externo mais importante (PEDROSA; COUTO, 2007; FERNANDES; SILVA; CAPONE NETO, 2011).

Devido à complexidade do atendimento, as UTI constituem-se em unidades que consomem muitos recursos e geram gastos, refletindo o desafio universal da gestão moderna na saúde, que é o de melhorar a qualidade do atendimento e reduzir, ou pelo menos, conter seu crescente custo (BOHMER, 2010).

Desse modo, pode-se inferir que, para implantação de um sistema de gestão de qualidade que reflita a eficiência técnica e operacional da UTI, alinhada com o hospital, é possível utilizar um conjunto diverso de conhecimentos que incluem métodos, estratégias e técnicas disponíveis, cujos estudos evidenciam sua importância e aplicabilidade em saúde, sendo que muitas são provenientes de outras áreas.

Nesse sentido, o mapeamento de processos busca um melhor entendimento dos processos existentes, no intuito de melhorar o desempenho organizacional e a satisfação do cliente. Processos podem ser entendidos como tarefas constituídas de forma a se tornarem interligadas, utilizando recursos da organização para gerar resultados e objetivos definidos.

Todos os processos possuem entradas, que são trabalhadas para produzir uma saída. A gestão de processos assegura que essas saídas sejam o melhor resultado desejado e com o menor custo (FERNANDES; SILVA; CAPONE NETO, 2011).

Resultados de estudos apontam para o fato de que a utilização da gestão estratégica na UTI, alinhada à do hospital em que está inserido, permite que a organização siga o mesmo objetivo de melhoria contínua e sustentabilidade financeira com qualidade em longo prazo. A gestão estratégica engloba as avaliações de diagnósticos, a estruturação de processos, a definição de metas, a distribuição de responsabilidades para a elaboração de planos e projetos e para conduzir e acompanhar as etapas de sua implantação. Esse processo está fundamentado na avaliação do desempenho e na utilização de indicadores, que são essenciais na busca da melhoria contínua (FERNANDES; PULZI JÚNIOR; COSTA FILHO, 2010).

Por tudo aqui exposto, pode-se inferir que realizar a gestão de qualidade na área hospitalar não se constitui em uma tarefa fácil, pois é preciso conjugar conhecimento, esforços de toda a equipe, garantia da estrutura e dos processos adequados e apoio da alta gestão. Nesse sentido, é imprescindível a disseminação da cultura de qualidade e a adequação do conhecimento disponível à realidade de cada organização, para que possa ser efetivamente executado e reflita na melhoria dos indicadores. Desse modo, é possível alcançar os resultados esperados.

Mediante a relevância do tema no âmbito da saúde e o cenário brasileiro atual em que “[...] ainda poucos serviços ou sistemas são considerados como exemplos na implantação de ferramentas de qualidade e na prevenção de eventos relacionados à assistência à saúde” (MALIK; SCHIESARI; CASTELLANOS, 2012, p.38), justifica-se o desenvolvimento de estudos que possam relatar experiências com resultados positivos quanto à implantação da gestão de qualidade.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Tendo em vista a característica do tema, que não pode ser isolado ou dissociado de seu contexto (YIN, 2010), optou-se por realizar uma pesquisa avaliativa, cujo método de investigação é o de estudo de caso único.

A escolha do caso se justifica pela implantação de uma política de gestão de qualidade no Hospital São Rafael (HSR), iniciada em 2008, com o desenvolvimento de diversas intervenções para melhoria da qualidade dos serviços oferecidos e a garantia da segurança aos pacientes assistidos. A seleção priorizou uma entidade privada sem fins lucrativos, com alta tecnologia, que mantém convênio com o SUS e possui história de pioneirismo quanto ao desenvolvimento de estratégias organizacionais e gerenciais devido à preocupação filosófica e social com a qualidade (MENDES, 1994).

Com uma abordagem qualitativa e quantitativa, este estudo se baseia no componente da análise de implantação, que é particularmente útil no caso de intervenções complexas, e tem como objetivo a compreensão da variação (grau) na implantação da intervenção, pois se buscou analisar o processo em que se deu a implantação de uma intervenção (gestão de qualidade), com base nas características contextuais do seu meio (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na UTI Geral I do HSR, devido as suas características (alta complexidade tecnológica, atender pacientes em estado crítico, relacionar-se com diversos

setores intra-hospitalares e possuir corpo clínico fechado), refletindo assim a implantação da gestão de qualidade no hospital como um todo.

O HSR, localizado na Cidade do Salvador, constitui-se em uma entidade beneficente sem fins lucrativos e resulta do esforço conjunto da Fundação Monte Tabor – Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária³, da AISPO (Associação Italiana para a Solidariedade entre os Povos) e da Direção Geral para a Cooperação ao Desenvolvimento do Ministério das Relações Exteriores na Itália (HSR, 2009).

Conforme está descrito no Estatuto do Monte Tabor (2012), entidade que o instituiu, o HSR atua conforme o mandamento evangélico “Curai os doentes” (Mt. 10,8). Apresenta como finalidades: a formação de pessoal especializado dentro de um conceito cristão de medicina e assistência; o desenvolvimento do ensino e da cultura; a promoção da assistência médico-hospitalar; o atendimento às classes sociais menos favorecidas; e a promoção do voluntariado.

O HSR dispõe de serviço de urgência e emergência, centro cirúrgico, hospital dia, transplante, hemodiálise, oncologia, medicina nuclear, bioimagem, endoscopia, anatomia patológica, laboratório de análises clínicas e toxicologia e banco de sangue. Possui um centro ambulatorial com 74 (setenta e quatro) consultórios e 298 (duzentos e noventa e oito) leitos hospitalares, dos quais 25% são SUS (SCNES, 2012).

Quanto à assistência aos pacientes críticos, o hospital apresenta 16 (dezesesseis) leitos na UTI Geral I, 9 (nove) leitos na UTI Geral II e 11 (onze) leitos na UTI Semi-Geral. Contudo, segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), atualizado em dezembro de 2012, o HSR possui cadastrado 35 (trinta e cinco) leitos na UTI

³ O Monte Tabor Centro Ítalo-Brasileiro de Promoção Sanitária, fundado em 6 de agosto de 1974 por iniciativa da Fondazione Centro S. Raffaele Del Monte Tabor e Associazione Monte Tabor, é uma Associação Civil de direito privado, sem fins lucrativos ou econômicos, de caráter beneficente e assistencial. Sua administração se dá pelos seguintes órgãos: Assembleia Geral; Conselho de Administração e Conselho Fiscal. A Assembleia Geral, órgão soberano da instituição, é constituída pelos associados em pleno gozo de seus direitos estatutários. O Conselho de Administração é composto pelo Presidente; Vice-presidente, cinco conselheiros titulares e dois suplentes. O Conselho Fiscal é constituído por 3 membros efetivos e 2 suplentes, eleitos em Assembleia Geral.

Adulto (tipo II e III), dos quais 37% são SUS (SCNES, 2012). A distribuição dos leitos e dos profissionais, de acordo com a capacidade física instalada, está disposta no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais e dos leitos de terapia intensiva do Hospital São Rafael de acordo com a capacidade física instalada. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

	UTI I	UTI II	UTI SEMI GERAL
Nº DE LEITOS	16	9	11
EQUIPE DE GESTÃO	Coordenação Médica, Enfermagem, Fisioterapia. Gestores Administrativos.		
	Diaristas Médicos, Enfermeiras Coordenadoras, Diarista Fisioterapeuta, Enfermeiro Suporte Administrativo Noturno e Diarista 17-21 h.		
MÉDICO	1 a cada 8 leitos	1 a cada 9 leitos	1 a cada 11 leitos
ENFERMEIRA	1 a cada 3 leitos	1 a cada 3 leitos	1 a cada 6 leitos
TECNICO DE ENFERMAGEM	1 a cada 2 leitos	1 a cada 3 leitos	1 a cada 2 leitos
FISIOTERAPEUTA	1 a cada 8 leitos	1 a cada 9 leitos	1 a cada 10 leitos

Fonte: HSR, 2012.

O perfil de admissão na UTI Geral I é, principalmente, de paciente cirúrgico (neurocirurgias, cirurgias oncológicas, cirurgias gerais), que correspondem a mais de 60% das internações. São admitidos também pacientes clínicos (insuficiência respiratória, septicemia) e, em menor número, pacientes após transplante de fígado e vítimas de trauma.

4.3 FASES DO ESTUDO

O estudo aconteceu em três fases distintas. Na primeira fase, procedeu-se à construção do modelo lógico da gestão de qualidade desenvolvida na UTI. Na segunda, foram realizadas a construção e a aplicação da matriz de análise para estimar o grau de implantação. Na última fase, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas com os informantes-chave (gestores e

colaborados do HSR) para compreensão do contexto de implantação da gestão de qualidade e identificação das estratégias, métodos e instrumentos utilizados neste processo.

4.3.1 PRIMEIRA FASE: CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO

Nesta fase, procedeu-se à construção teórica de um modelo lógico (ML), que se tem destacado como uma ferramenta metodológica utilizada com frequência nos estudos de avaliação em saúde. Compreende uma série de eventos organizados de forma hierárquica, nos quais os componentes do programa ou política, dispostos em um diagrama, apresentam o seu funcionamento teórico. Sua construção deve contemplar as especificações sobre o problema em questão, a população-alvo, o contexto, os componentes do programa e os atributos necessários para produzir os efeitos esperados (MEDINA et al., 2005). Entre os atributos, encontra-se o grau de implantação do objeto avaliado.

Para elaboração do ML deste estudo, utilizou-se como referência o *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde* (ONA, 2010) e documentos institucionais do HSR, como: Procedimentos Operacionais de Qualidade, Protocolos Institucionais, Planos de Ação, Atas de Reuniões Multiprofissionais e Relatórios de Avaliação e Diagnóstico elaborados pela organização acreditadora.

Nesta primeira fase, foi realizada também, durante o período de maio a dezembro de 2012, a observação direta a partir da participação em reuniões multiprofissionais semanais e dos encontros mensais de qualidade, bem como do acompanhamento de visitas multiprofissionais diárias na UTI e de visitas da equipe externa de acreditação. Essa etapa foi importante para que a pesquisadora, que possui o olhar externo à realidade estudada, pudesse compreender como se dá o processo de implantação da gestão de qualidade na UTI Geral I e, desse modo, encontrar evidências que subsidiariam a construção do ML.

O ML (Figura 1) construído contemplou cinco componentes: Gestão de Pessoas, Gestão da Informação/Comunicação; Gestão do Cuidado, Gestão da Segurança Assistencial e Gestão de Resultado. Os vários elementos que constituem a política de gestão da qualidade foram distribuídos e classificados dentro dos seus respectivos componentes, sendo que foram descritos os objetivos da implantação de cada um deles, bem como os produtos, os objetivos de curto e longo prazo e o impacto esperado da implantação da gestão de qualidade para a unidade em análise. A forma desse esquema básico de ML foi adaptada de Rush & Ogborne (1991), citado por Medina et al. (2005).

O ML desenhado neste estudo contempla, principalmente, as questões referentes a processo e resultado. Contudo, pressupõe-se que, para desenvolver GQ em uma unidade hospitalar, é imprescindível que os itens de estrutura, normatizados pela legislação vigente no País, sejam atendidos integralmente, tanto em quantidade quanto em qualidade, bem como: estrutura física, equipamentos, insumos, recursos humanos e normas institucionais.

Definiu-se como objetivo geral da implantação da gestão de qualidade na UTI a criação de condições que viabilizem a capilarização da cultura de qualidade, a segurança dos pacientes assistidos e a sustentabilidade financeira.

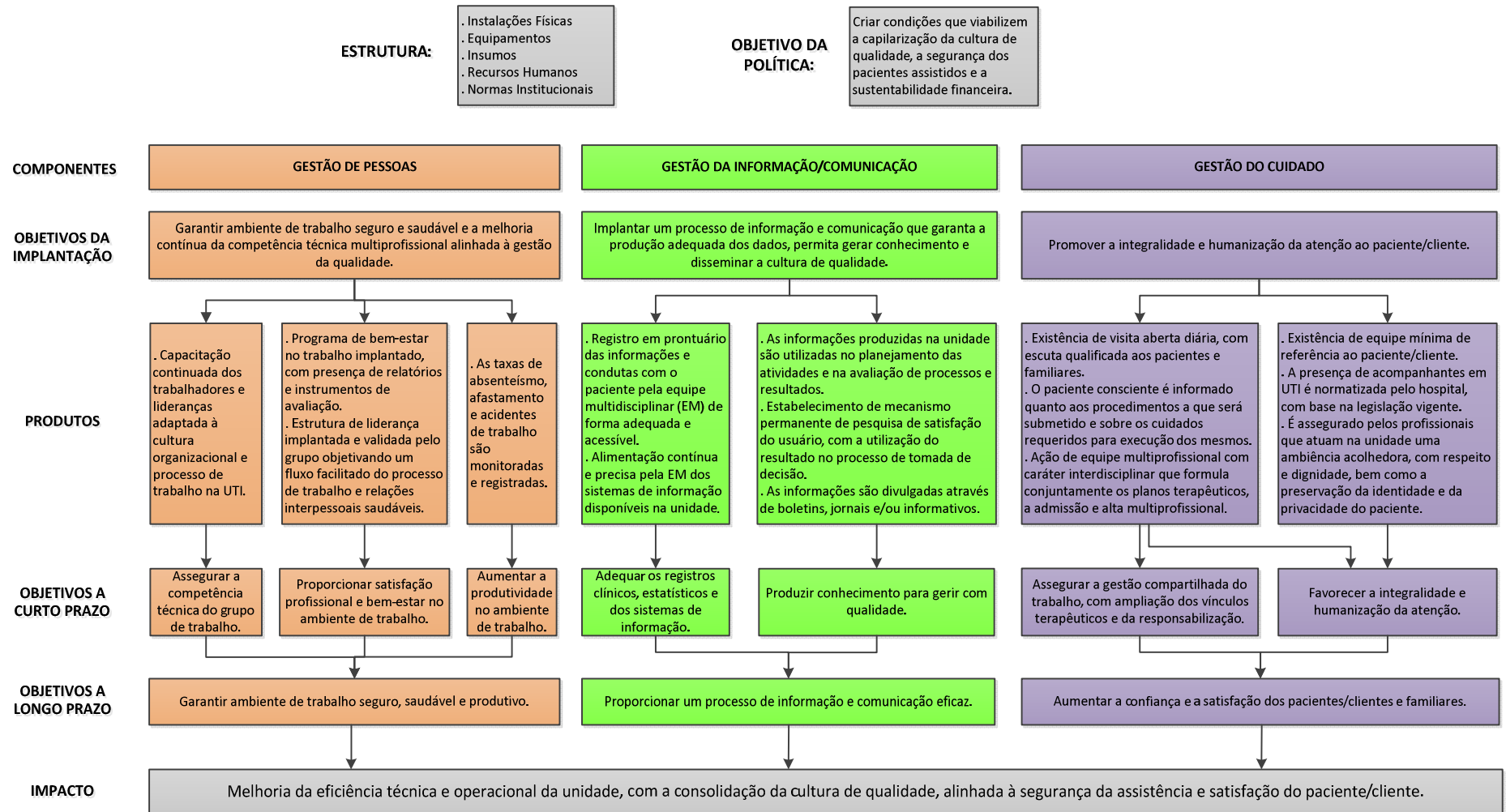
Em seguida, foram apresentados os cinco componentes delineados no ML: Gestão de Pessoas (GP), Gestão da Informação/Comunicação (GIC), Gestão do Cuidado (GC), Gestão da Segurança Assistencial (GSA) e Gestão de Resultados (GR), sendo que, para cada um deles, foram definidos: os objetivos da implantação, os produtos, os objetivos de curto e longo prazo, e, finalmente, o impacto esperado com a implantação da gestão de qualidade. Faz-se importante destacar que existe um grau de interdependência entre os componentes e seus produtos são complementares para que o objetivo geral seja alcançado.

O objetivo da implantação do componente GP é “garantir ambiente de trabalho seguro e saudável e a melhoria contínua da competência técnica multiprofissional alinhada à gestão

da qualidade”. Para tanto, é preciso realizar, permanentemente, a capacitação dos trabalhadores e lideranças, adaptada à cultura organizacional e ao processo de trabalho na UTI, no intuito de assegurar a competência técnica do grupo de trabalho. Faz-se necessário também desenvolver um programa de bem-estar no trabalho e possuir uma estrutura de liderança implantada e validada pelo grupo, para assim proporcionar satisfação profissional e bem-estar no ambiente de trabalho. O quarto e último produto refere-se ao monitoramento e registro das taxas de absenteísmo, afastamento e acidentes de trabalho, cujo objetivo em curto prazo é aumentar a produtividade no ambiente de trabalho. Neste sentido, espera-se em longo prazo garantir um ambiente de trabalho seguro, saudável e produtivo.

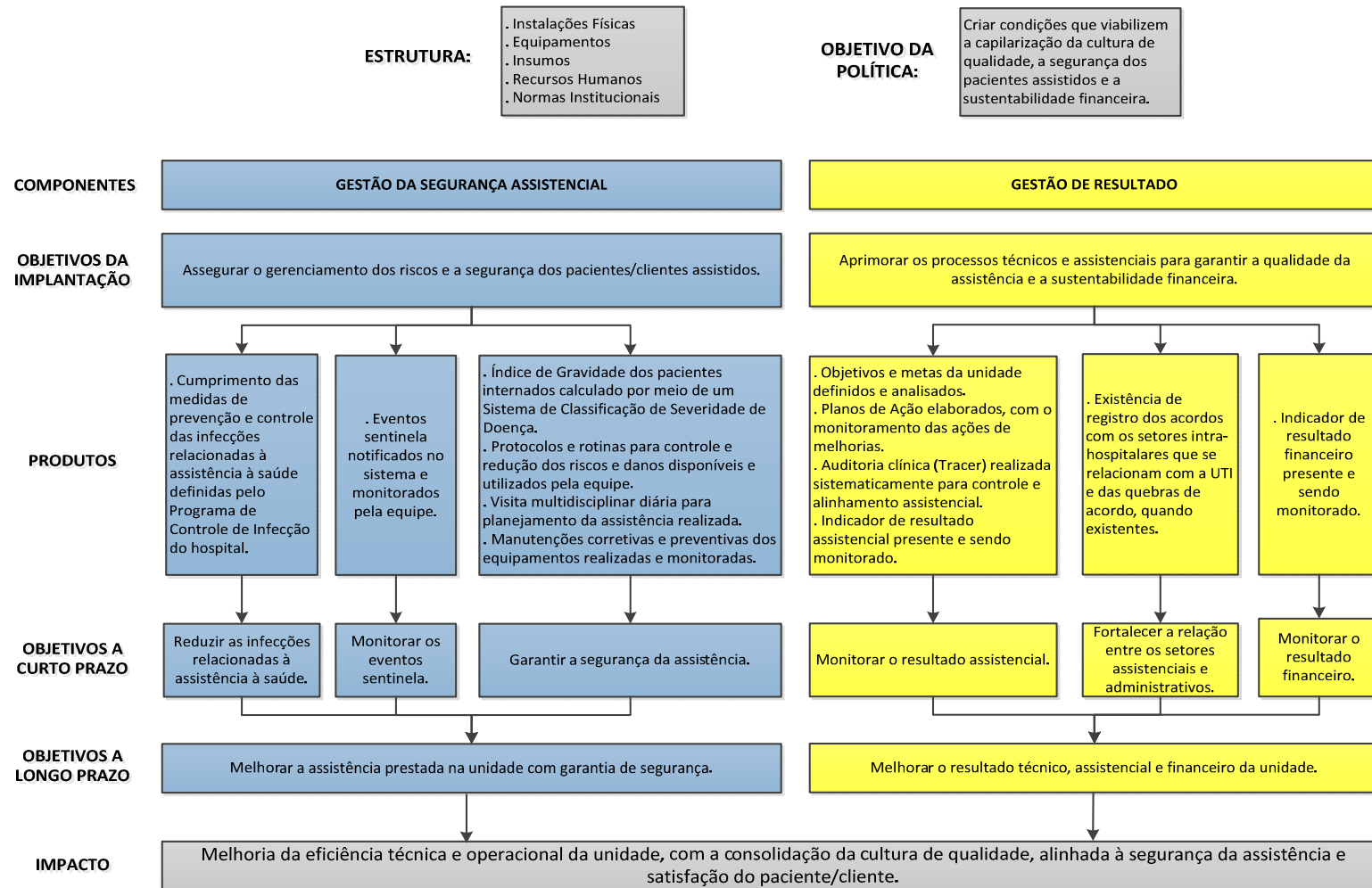
Para o componente GIC, foi descrito como objetivo: “implantar um processo de informação e comunicação que garanta a produção adequada dos dados, permita gerar conhecimento e disseminar a cultura de qualidade”. Desse modo, foram definidos cinco produtos: registro em prontuário das informações e condutas com o paciente pela equipe multidisciplinar (EM) de forma adequada e acessível; alimentação contínua e precisa pela EM dos sistemas de informação disponíveis na unidade; utilização das informações produzidas na unidade no planejamento das atividades e na avaliação de processos e resultados; estabelecimento de mecanismo permanente de pesquisa de satisfação do usuário, com a utilização do resultado no processo de tomada de decisão; e divulgação das informações através de boletins, jornais e/ou informativos. Portanto, os objetivos em curto prazo são adequar os registros clínicos, estatísticos e dos sistemas de informação e produzir conhecimento para gerir com qualidade, de modo a proporcionar em longo prazo um processo eficaz de informação e comunicação.

Figura 1 – Modelo lógico da gestão de qualidade desenvolvida em uma UTI Geral (continua).



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 1 – Modelo lógico da gestão de qualidade desenvolvida em uma UTI Geral (continuação).



Fonte: Dados da pesquisa.

O componente GC possui como objetivo de implantação “promover a integralidade e humanização da atenção ao paciente/cliente”. Foram então definidos seis produtos: existência de visita aberta diária, com escuta qualificada aos pacientes e familiares; informação ao paciente consciente sobre os procedimentos a que será submetido e os cuidados requeridos para a execução destes; ação de equipe multiprofissional, com caráter interdisciplinar, na formulação em conjunto dos planos terapêuticos, na admissão e na alta multiprofissional; existência de equipe mínima de referência ao paciente/cliente; normatização da presença de acompanhantes em UTI pelo hospital, com base na legislação vigente; e garantia pelos profissionais que atuam na unidade de uma ambiência acolhedora, com respeito e dignidade, bem como preservação da identidade e da privacidade do paciente. Portanto, objetiva-se, em curto prazo, assegurar a gestão compartilhada do trabalho, com ampliação dos vínculos terapêuticos e da responsabilização, e favorecer a integralidade e humanização da atenção à saúde. Em longo prazo, pretende-se aumentar a confiança e a satisfação dos pacientes/clientes e familiares.

O componente GSA, por sua vez, apresenta como objetivo de implantação “assegurar o gerenciamento dos riscos e a segurança dos pacientes/clientes assistidos”. Neste sentido, foram estabelecidos como produtos: cumprimento das medidas de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital; notificação dos eventos sentinela⁴ no sistema e seu monitoramento pela equipe; índice de gravidade dos pacientes internados calculado por meio de um sistema de classificação de severidade da doença; protocolos e rotinas para controle e redução dos riscos e danos disponíveis utilizados pela equipe; realização de visita multidisciplinar diária para planejamento da assistência; monitoramento das manutenções corretivas e preventivas dos equipamentos. Para esse componente, em curto prazo, espera-se reduzir as infecções

⁴ Corresponde à “ocorrência inesperada ou variação do processo envolvendo óbito, qualquer lesão física ou psicológica, ou risco dos mesmos” (ONA, 2010, p.159).

relacionadas à assistência à saúde, monitorar os eventos sentinela e garantir a segurança da assistência, para que, em longo prazo, seja possível melhorar a assistência prestada na unidade com a garantia de segurança.

O quinto e último componente do ML é o GR, para o qual foi atribuído como objetivo de implantação “aprimorar os processos técnicos e assistenciais para garantir a qualidade da assistência e a sustentabilidade financeira”. Para tanto, foram definidos seis produtos: objetivos e metas da unidade definidos e analisados; planos de ação elaborados, com o monitoramento das ações de melhorias; auditoria clínica (*Tracer*) realizada sistematicamente para controle e alinhamento assistencial; indicador de resultado assistencial presente e sendo monitorado; existência de registro dos acordos com os setores intra-hospitalares que se relacionam com a UTI e das quebras de acordo, quando existentes; indicador de resultado financeiro presente e sendo monitorado. Dessa forma, objetiva-se, em curto prazo, monitorar o resultado assistencial, fortalecer a relação entre os setores assistenciais e administrativos e monitorar o resultado financeiro.

4.3.2 SEGUNDA FASE: ELABORAÇÃO DA MATRIZ DE ANÁLISE

Na segunda fase da pesquisa, foi elaborada a matriz de análise (Tabela 1) que permitiu estimar o grau de implantação da gestão de qualidade. A construção da matriz foi baseada nos “produtos” descritos no ML, que se tornaram indicadores. Obteve-se o total de 27 (vinte e sete) indicadores, dos quais 4 correspondem a GP, 5 a GIC, 6 a GC, 6 a GSA e 6 a GR, cada um com uma pontuação específica, determinada conforme a complexidade da ação e/ou a importância que exerce dentro do seu respectivo componente.

A pontuação máxima da matriz foi de 200 (duzentos) pontos, sendo: 35 (trinta e cinco) pontos para cada um dos componentes “Gestão de Pessoas” e “Gestão da Informação e Comunicação”, que se constituem em duas áreas que dão apoio para o desenvolvimento dos

componentes “Gestão do Cuidado” e “Gestão da Segurança Assistencial”, que representaram, respectivamente, a pontuação de 40 (quarenta) e 50 (cinquenta) pontos. O componente GC contempla a promoção da integralidade e humanização da atenção, cuja importância se reflete no impacto final da gestão de qualidade, com a satisfação do paciente/cliente. O componente GSA aborda o gerenciamento dos riscos e a segurança da assistência, que corresponde a um dos principais objetivos da gestão de qualidade, por isso possui 50 (cinquenta) pontos. O componente “Gestão de Resultado”, por sua vez, recebeu 40 (quarenta) pontos, pois objetiva, em longo prazo, melhorar o resultado técnico, assistencial e financeiro da unidade.

Elaborar esse sistema de pontuação não se constitui em uma tarefa fácil, pois existe um elemento subjetivo nesse processo. Com o intuito de aumentar a validade do construto e a confiabilidade deste estudo, o ML e a matriz do grau de implantação foram submetidos à técnica de consenso com um grupo de *experts*.

Várias técnicas podem ser utilizadas para obter o consenso entre os *experts* ou especialistas. Neste estudo, optou-se pelo comitê tradicional, que envolve a discussão aberta sobre o tema de interesse com um grupo de especialistas e possui a vantagem de permitir a troca de ideias e o confronto entre as opiniões divergentes. O consenso surgiu de um amplo debate, e as sugestões oferecidas quanto ao conteúdo e ao sistema de pontuação foram incorporadas ao ML e à matriz (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

Foram selecionados três *experts* que atuam na implantação da gestão de qualidade no HSR. O Quadro 2 traz a caracterização desses especialistas.

A aferição do grau de implantação se deu a partir do escore obtido, calculado ao se dividir a pontuação obtida pela pontuação máxima e multiplicar-se o resultado por 100. A classificação final corresponde à proporção máxima a ser alcançada pela unidade, que está dividida em cinco níveis: pleno (>80%); satisfatório (>60% e ≤80%); intermediário (>40% e ≤60%); insatisfatório (>20% e ≤40%); não implantado (≤ 20%).

Quadro 2 – Caracterização dos especialistas que participaram da técnica de consenso. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

	FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	FUNÇÃO QUE OCUPA	TEMPO NO HSR
ESPECIALISTA 1	Psicologia	Especialização em administração hospitalar.	Gestora de qualidade e de risco	3 anos
ESPECIALISTA 2	Enfermagem	Especialização em infecção hospitalar. Mestrado em enfermagem/avaliação de qualidade.	Gestora de qualidade	3 anos
ESPECIALISTA 2	Administração Hospitalar	Especialização em gestão integrada de qualidade e certificações.	Gestora de qualidade	7 anos

Fonte: Pesquisa de campo.

Para garantir a consistência das informações, durante a aplicação da matriz do grau de implantação, utilizou-se, como procedimento para a coleta de dados, uma entrevista estruturada com a gestora de enfermagem da UTI geral I e com as colaboradoras do setor de recursos humanos e do núcleo de qualidade. Além disso, procedeu-se a análise documental de prontuários, atas de reuniões, planos de ação, relatórios do Sistema Informatizado de Documentação (SDOC), no qual estão contidos todos os documentos que se referem à organização, tais como: organograma, planejamento estratégico, protocolos, entre outros, e do Interact (sistema informatizado no qual são notificados e monitorados os eventos sentinela que ocorrem na unidade, bem como as “quebras” de acordos estabelecidos entre os setores intra-hospitalares).

4.3.3 TERCEIRA FASE: REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

Neste momento do estudo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 15 (quinze) informantes-chave, no intuito de compreender o contexto em que se deu a

implantação da gestão da qualidade e identificar os principais métodos utilizados neste processo.

Os informantes-chave compreenderam: diretoria geral; diretoria administrativa; gerência de recursos humanos; gerência de enfermagem das áreas críticas; gerência do serviço de controle de infecção hospitalar; gestora de qualidade; gestora de qualidade e das áreas críticas; gerência de fisioterapia da UTI; gerência de enfermagem da UTI Geral I; diarista médico da UTI Geral I; gestores das áreas intra-hospitalares que se relacionam com a UTI (laboratório, bioimagem, farmácia, pronto-socorro e centro cirúrgico).

Para a realização das entrevistas, foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice B), e elas foram gravadas em áudio, transcritas integralmente e analisadas, utilizando-se a análise de conteúdo. A técnica foi desenvolvida em etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados e a interpretação; ao final, realizou-se a categorização, com a classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 1977; BAUER, 2002).

Quanto às informações resultantes das entrevistas, foi elaborada uma tabela com a categorização (Tabela 3), que considerou a presença ou ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características do texto, evidenciando a frequência com que surgem no discurso dos entrevistados (BAUER, 2002). Os conteúdos das entrevistas foram organizados em duas categorias.

A categoria 1, denominada “Contexto em que se deu a implantação da gestão de qualidade”, apresentou cinco subcategorias, a saber: 1.1. Escolha pela acreditação porque enxerga o hospital de forma sistêmica; 1.2. Meta institucional e implantação definida pela direção do hospital; 1.3. Demanda interna por processos seguros e demanda externa de mercado por certificação; 1.4. É um processo que envolve todo o hospital e, quando iniciado,

é um caminho sem volta; 1.5. Pioneirismo do hospital em ações de qualidade. Garantia da estrutura necessária.

A categoria 2, intitulada “Principais métodos utilizados”, está decomposta em cinco subcategorias, que são: 2.1. Trabalho com processos educativos: treinamentos, palestras, campanhas, encontros; 2.2. Sistemas informatizados para gerenciamento de protocolos, acordos, eventos sentinela; 2.3. Reuniões multidisciplinares. Visita interdisciplinar. Auditoria clínica/*tracer*; 2.4. Planejamento estratégico. Ferramentas de qualidade: PDCA, Diagrama de Causa e Efeito, Gráfico de Pareto; 2.5. Indicadores. Análise epidemiológica.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho atende às exigências éticas e científicas fundamentais normatizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que norteia a pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Monte Tabor/Hospital São Rafael com o nº 06/12 e aprovada em reunião no dia 5 de maio de 2012.

Aos sujeitos que concordaram em participar foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Foram esclarecidos quanto à garantia ao anonimato, à liberdade de participarem voluntariamente, à inexistência de exposição a riscos e à possibilidade de desistirem da pesquisa em qualquer momento.

As entrevistas foram realizadas em local reservado e gravadas com um gravador de áudio, sendo dado ao participante o direito de pausar as entrevistas e requerer a escuta da gravação, assim como retirar ou acrescentar informações. Com o término da pesquisa, os materiais provenientes (roteiros de entrevista, TCLE e gravações de áudio) foram armazenados e assim permanecerão por um período de cinco anos, sendo, posteriormente, incinerados. Foi disponibilizado aos entrevistados o contato do pesquisador (telefônico e eletrônico) para esclarecimento de dúvidas e informações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO

O ML delineado neste estudo está disposto na Figura 1. A matriz de medida (Tabela 1) demonstra os indicadores e os critérios de avaliação, seus escores, com descrição, a situação observada e as pontuações atribuídas (por critério, por dimensão e geral). A classificação final foi de implantação plena, com 88,8% de adequação aos critérios estabelecidos (Tabela 2).

Para o componente **Gestão de Pessoas**, que possui quatro critérios de avaliação, totalizando 35 pontos, somente o critério 2 obteve 50% da pontuação, pois, apesar do programa de bem-estar no trabalho não estar implantado formalmente, são desenvolvidas ações para esse fim na unidade, os demais indicadores foram atendidos integralmente. Desse modo, foram obtidos 29 pontos, que correspondem a 82,9% de adequação, o que lhe confere **grau pleno de implantação**.

Tabela 1. Matriz de medida do grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida em uma UTI Geral. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

COM- PO- NENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	DESCRIÇÃO DO VALOR	FONTE DE VERIFICA- ÇÃO	PONT. MÁXIMA	PONT. OBTIDA	% Subt.
GESTÃO DE PESSOAS	1. Capacitações realizadas contemplando a totalidade de profissionais e as necessidades demandadas pelo setor.	Sim= 10 Não= 0	Registro documental e entrevista.	10	10	
	2. Programa de bem-estar implantado, com presença de relatórios e instrumentos de avaliação.	12 pontos se o programa de bem-estar estiver implantado, com a presença de relatórios e instrumentos de avaliação. 6 pontos se forem desenvolvidas ações de bem-estar, apesar da inexistência de um programa. 0 pontos se o programa não estiver implantado e não forem desenvolvidas ações de bem-estar.	Registro documental e entrevista.	12	6	
	3. As taxas de absenteísmo, afastamento e acidentes de trabalho são monitoradas.	5 pontos se os três itens forem monitorados. 2,5 pontos se um ou dois itens forem monitorados. 0 pontos se nenhum dos itens forem monitorados.	Registro documental e entrevista.	5	5	

	4. Fluxo de trabalho facilitado, com a existência de líderes no organograma e escalas de trabalho validadas pelo grupo.	Sim= 8 Não= 0	Registro documental e entrevista.	8	8	
	SUBTOTAL – GESTÃO DE PESSOAS			35	29	82,9%
GESTÃO DA INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO	5. Prontuários com registro adequado (anamnese, exame físico, evolução, intercorrências e prescrição da equipe multiprofissional) e atendendo as regulamentações do respectivo conselho de classe profissional e normas institucionais.	Valor informado em uma escala de 0 a 10 pontos.	Registro documental e entrevista.	6	4,2*1	
	6. Os sistemas de informação (SI) são alimentados sistematicamente pelos profissionais.	Sim= 8 Não= 0	Registro documental e entrevista.	8	8	
	7. As informações produzidas na unidade são utilizadas no planejamento das atividades e na avaliação de processos e resultados.	Sim= 6 Não= 0	Entrevista.	6	6	
	8. Estabelecimento de mecanismo permanente de pesquisa de satisfação do usuário, com a utilização do resultado no processo de tomada de decisão.	10 pontos se existir mecanismo permanente de pesquisa de satisfação do usuário e o resultado da mesma for utilizada no processo de tomada de decisão. 5 pontos se existir a pesquisa de satisfação do usuário, mas o resultado não for utilizado no processo de tomada de decisão. 0 pontos se não existir mecanismo permanente de pesquisa de satisfação do usuário.	Registro documental e entrevista.	10	0	
	9. As informações e resultados divulgadas através de boletins, jornais e/ou informativos.	Sim= 5 Não= 0	Registro documental e entrevista.	5	5	
	SUBTOTAL – G. INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO			35	23,2	66,3%
GESTÃO DO CUIDADO	10. Existência de visita aberta diária, com escuta qualificada aos pacientes e familiares.	Sim= 4 Não= 0	Observação direta e entrevista.	4	4	
	11. Existência de equipe mínima de referência ao paciente/cliente.	Sim= 8 Não= 0	Registro documental e entrevista.	8	8	
	12. É assegurado pelos profissionais que atuam na unidade uma ambiência acolhedora, com respeito e dignidade, bem como a preservação da identidade e da privacidade do paciente.	Valor atribuído em uma escala de 0 a 10 pontos.	Entrevista.	10	8	

GESTÃO DA SEGURANÇA ASSISTENCIAL	13. A presença de acompanhantes em UTI é normatizada pela organização, com base na legislação vigente.	Sim= 4 Não= 0	Entrevista.	4	4	
	14. O paciente consciente é informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos.	Sim= 4 Não= 0	Entrevista.	4	4	
	15. A equipe multiprofissional atua com interdisciplinaridade, formulando conjuntamente os planos terapêuticos, a admissão e alta multiprofissional.	Sim= 10 Não= 0	Entrevista.	10	10	
	SUBTOTAL – GESTÃO DO CUIDADO			40	38	95,0%
	16. As medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) definidas pelo Programa de Controle de Infecção (PCI) do hospital são cumpridas.	Sim= 10 Não= 0	Entrevista.	10	10	
	17. Eventos sentinela notificados em sistema informatizado e monitorados pela equipe.	10 pontos se existir a notificação e o monitoramento dos eventos sentinela. 5 pontos se existir a notificação dos eventos sentinela, mas se o mesmo não for monitorado. 0 pontos se não existir a notificação dos eventos sentinela.	Registro documental e entrevista.	10	10	
	18. Índice de Gravidade dos pacientes internados na UTI calculado por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado pela literatura científica especializada.	Sim= 10 Não= 0	Registro documental e entrevista.	10	10	
	19. Protocolos e rotinas disponíveis e utilizados pela equipe.	10 pontos se os protocolos e rotinas estiverem disponíveis e sendo utilizados pela equipe. 5 pontos se os protocolos e rotinas estiverem disponíveis, mas não são utilizados pela equipe. 0 pontos se os protocolos e rotinas não estiverem disponíveis.	Registro documental e entrevista.	10	10	
	20. Realização de visita multidisciplinar diárias para planejamento da assistência aos pacientes internados na UTI.	Sim= 5 Não= 0	Entrevista.	5	5	
	21. Manutenções corretivas e preventivas dos equipamentos realizadas e monitoradas.	Sim= 5 Não= 0	Registro documental e entrevista.	5	5	
	SUBTOTAL – GESTÃO DA SEGURANÇA ASSISTENCIAL			50	50	100%

GESTÃO DE RESULTADO	22. Objetivos e metas da unidade definidos e analisados.	Sim= 5 Não= 0	Registro documental e entrevista.	5	5	
	23. Planos de Ação elaborados com o monitoramento das ações de melhoria.	Sim= 8 Não= 0	Registro documental e entrevista.	8	8	
	24. Auditoria clínica (Tracer) realizada sistematicamente para controle e alinhamento assistencial.	Sim= 5 Não= 0	Registro documental e entrevista.	5	5	
	25. Existência de registro dos acordos com os setores intra-hospitalares que se relacionam com a UTI e das quebras de acordo, quando existentes.	10 pontos se existir os acordos e quebras de acordos. 5 pontos se existir apenas os acordos. 0 pontos se não existir os acordos nem as quebras de acordos.	Registro documental e entrevista.	10	10	
	26. Indicador de resultado assistencial presente e sendo monitorado.	Sim= 7 Não= 0	Registro documental e entrevista.	7	7	
	27. Indicador de resultado financeiro presente e sendo monitorado.	Sim= 5 Não= 0	Registro documental e entrevista.	5	5	
	SUBTOTAL – GESTÃO DE RESULTADO				40	40
TOTAL				200	180,2	88,8%

*1 Esse valor corresponde a 70% de 6 (pontuação máxima do indicador), pois foi atribuído durante a aplicação da matriz, em uma escala de 0 a 10, o valor de 7.

Fonte: Pesquisa de campo.

O componente **Gestão da Informação e Comunicação** apresenta cinco indicadores, que ao todo pontuam 35. Enquanto o indicador 5 (6 pontos), que corresponde ao registro adequado dos prontuários, atendeu a 70% do valor esperado (valor informado em uma escala de 0 a 10 pontos), resultando em 4,2 pontos, o indicador 8 não pontuou, pois a unidade não realiza de forma sistemática a pesquisa de satisfação do usuário. Os demais critérios pontuaram 100% quanto ao valor a eles atribuído. Desse modo, o componente GIC alcançou 23,2 pontos, que corresponde a 66,3% de adequação, com **grau satisfatório de implantação**.

Para o componente **Gestão do Cuidado**, que possui seis critérios de avaliação, totalizando 40 pontos, somente o indicador 12 pontuou 80% do esperado (valor informado em uma escala de 0 a 10 pontos quanto à promoção de uma ambiência acolhedora, com respeito e dignidade, e à preservação da identidade e da privacidade do paciente). Os demais indicadores

obtiveram 100% de adequação, o que resulta em 38 pontos e corresponde a 95% do esperado para o componente, que obteve **grau pleno de implantação**.

Foram definidos, para o componente **Gestão da Segurança Assistencial**, seis indicadores. A unidade atendeu a 100% dos requisitos com o total de 50 pontos, tendo alcançado **grau pleno de implantação**.

Por fim, o componente **Gestão de Resultados** apresentou seis critérios de avaliação. Nesse componente, também foram preenchidos 100% dos requisitos preestabelecidos, com o total de 40 pontos, portanto **obteve grau pleno de satisfação**.

A pontuação final da matriz foi de 180,2, que correspondeu a 88,8% de adequação aos critérios estabelecidos. Desse modo, a classificação da UTI Geral I foi de **grau pleno de implantação da gestão da qualidade**, conforme demonstra a Tabela 2.

TABELA 2 - Classificação do grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na UTI Geral I de um hospital filantrópico de alta complexidade. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.				
COMPONENTE	PONTUAÇÃO OBTIDA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	% OBTIDO	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO
GESTÃO DE PESSOAS	29	35	82,9%	PLENO
GESTÃO DA INFORMAÇÃO/COMUNICAÇÃO	23,2	35	66,3%	SATISFATÓRIO
GESTÃO DO CUIDADO	38	40	95,0%	PLENO
GESTÃO DA SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA	50	50	100,0%	PLENO
GESTÃO DE RESULTADO	40	40	100,0%	PLENO
TOTAL/ CLASSIFICAÇÃO FINAL	180,2	200	88,8%	PLENO

Fonte: Pesquisa de campo.

O componente “gestão da informação/comunicação” foi o único classificado como satisfatório, pois os demais obtiveram a classificação de grau pleno. Esse resultado corrobora com a produção científica sobre o tema, que sinaliza a inexistência de propostas prontas para a gestão da informação em unidades hospitalares, sendo que ainda existem desafios a serem superados, como o preenchimento adequado dos prontuários pelos profissionais e a

alimentação sistemática dos bancos de dados e sistemas de informação (SCHOUT; NOVAES, 2007).

A gestão da produção da informação assistencial é de grande importância para os processos de gestão da qualidade, e, para que possa ocorrer adequadamente, é preciso instituir uma cultura de valorização da informação entre todos os profissionais, de modo que se sintam partícipes e responsáveis pela sua produção e utilização, o que não se constitui numa tarefa fácil. Além disso, faz-se necessária a implantação de propostas que permitam a articulação tanto das perspectivas e necessidades de informação clínicas, de pesquisa e de gestão internas, quanto das crescentes demandas externas (econômico-financeira, epidemiológica e sanitária, avaliação de desempenho, etc.), e que sejam realizados investimentos em informática e o desenvolvimento das padronizações e dos registros necessários (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Quanto à comunicação, ressalta-se a importância da realização da pesquisa de satisfação com usuários e familiares, dada a relevância de sua percepção quanto ao serviço, para o processo de tomada de decisão dos gestores.

A percepção do usuário possui sua relevância na medida em que possibilita o dimensionamento do reflexo das ações desenvolvidas pela organização, por isso serve como vetor de direcionamento e planejamento do serviço. Desse modo, a avaliação do grau de satisfação dos usuários quanto ao serviço de saúde é um importante indicador a ser considerado no planejamento das ações (MOIMAZ et al., 2010).

5.2 CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS

A partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, foi elaborada a tabela de categorização (Tabela 3). A categoria 1 descreve o contexto em que se deu a implantação da gestão de qualidade na UTI Geral I e, a categoria 2 evidencia os principais métodos utilizados, e ambas apresentam cinco subcategorias.

Tabela 3. Categorização das entrevistas. Salvador, Bahia, Brasil, 2012.

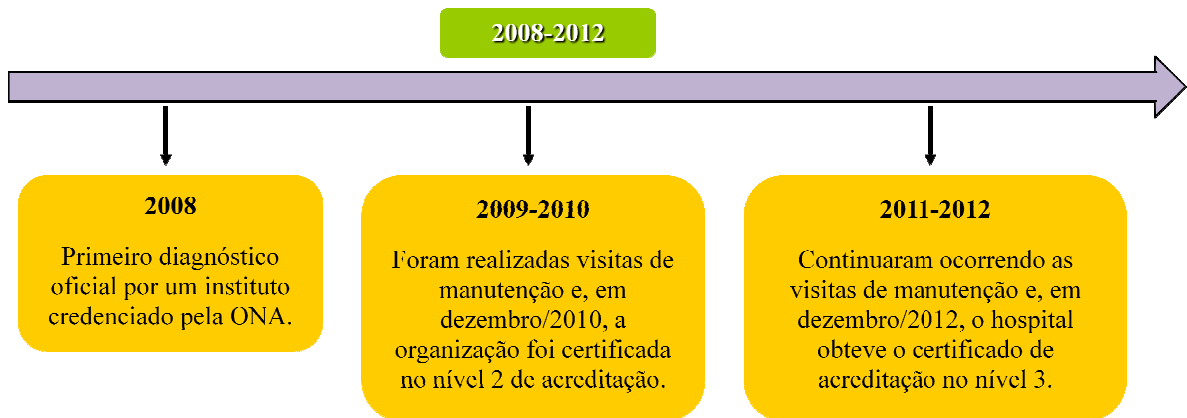
CATEGORIAS DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE
1. Contexto em que se deu a implantação da gestão de qualidade	1.1. Escolha pela acreditação porque enxerga o hospital de forma sistêmica. 1.2. Meta institucional; implantação definida pela direção do hospital. 1.3. Demanda interna por processos seguros; demanda externa do mercado por certificação. 1.4. É um processo que envolve todo o hospital e, quando iniciado, é um caminho sem volta. 1.5. Pioneirismo do hospital em ações de qualidade. Garantia da estrutura necessária.
2. Principais métodos utilizados	2.1. Trabalho com processos educativos: treinamentos, palestras, campanhas, encontros. 2.2. Sistemas informatizados para gerenciamento de protocolos, acordos, eventos sentinela. 2.3. Reuniões multidisciplinares. Visita interdisciplinar. Auditoria clínica/tracer. 2.4. Planejamento estratégico. Ferramentas de qualidade: PDCA, Diagrama de Causa e Efeito, Gráfico de Pareto. 2.5. Indicadores. Análise epidemiológica.

Fonte: Pesquisa de campo.

5.2.1 CATEGORIA 1- CONTEXTO EM QUE SE DEU A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DE QUALIDADE

Apesar de existirem iniciativas para promover a qualidade dos processos e serviços no hospital, foi no ano de 2008 que a política de gestão da qualidade passou a ser definida paralela à adoção da metodologia de acreditação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), e o processo iniciou quando foi realizado o primeiro diagnóstico oficial por um instituto credenciado pela ONA. No ano de 2010, foram realizadas visitas de manutenção a cada três meses e, em dezembro, a organização foi certificada no nível 2 de acreditação. Entre os anos de 2011 e 2012, continuaram ocorrendo as visitas de manutenção, sendo que, em dezembro de 2012, o hospital obteve o certificado de acreditação no nível 3.

Figura 2 – Linha do tempo da implantação da gestão de qualidade alinhada ao processo de acreditação da ONA no HSR.



Fonte: Pesquisa de campo.

Os padrões de acreditação pela ONA são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios específicos, sendo obrigatório o cumprimento integral dos mesmos. O princípio do nível 1 é Segurança, o do nível 2 é Gestão Integrada e o do nível 3 é Excelência em Gestão (ONA, 2010).

A **subcategoria 1.1** demonstra que os entrevistados informaram quanto ao contexto de implantação que o hospital optou pela acreditação, conforme as seguintes falas:

“A política de qualidade ela é sistêmica. Ela permeia o hospital todo, está certo? (...) Então por isso que nós optamos pela metodologia da acreditação porque ela entende, enxerga o hospital de uma forma sistêmica e ela não trabalha setores isolados”. (Entrevistado 2).

“A decisão institucional de buscar a qualidade trouxe uma melhoria no âmbito geral, porque ela aproximou bastante as áreas assistenciais e as áreas administrativas do hospital (...). Então eu diria assim, que a acreditação talvez tenha sido um pouco esse divisor no sentido de que na hora que ela passa a ser uma decisão institucional, todas as outras gerências por si só terminam tendo meio que, vamos dizer assim, obrigatoriamente de se inserir no processo”. (Entrevistado 15).

Nesse sentido, na **subcategoria 1.2**, é destacada a importância da decisão da alta direção para que a GQ seja uma meta da organização e todos os colaboradores sejam imbuídos da responsabilidade que lhes cabe, como afirmado pelos informantes-chave:

“A instituição quis trabalhar com gestão da qualidade e isso foi disseminado para todas as áreas, então é uma meta institucional (...). A instituição definiu essa meta, então a política de gestão de qualidade ela veio como uma política definida pela direção da instituição, a organização quis essa meta, definiu a política e colocou para outras áreas esse desafio (...) e todas as áreas trabalharam para atingir essa política, então ela é uma política que tá em consonância com a meta da instituição”. (Entrevistado 1).

“Não existe política de qualidade se não existir um apoio da alta direção. (...) Então eu não vejo como uma instituição consegue dá esses passos se não tiver todo o apoio da alta administração, da alta liderança e realmente ser meta da instituição. Isso é o caminho, não existe outro caminho, o caminho é esse, todos precisamos remar no mesmo caminho, no mesmo sentido”. (Entrevistado 4).

Dessa forma, para implantar uma política de GQ, é imprescindível o apoio da alta administração e o trabalho conjunto entre todas as áreas. É fundamental, na alta direção das organizações, a visão da qualidade como uma questão estratégica e de investimento. Desse modo, serão criadas as condições necessárias para que a qualidade e a segurança façam parte da cultura organizacional e as iniciativas a serem implantadas tenham sustentação (MALIK, SCHIESARI, CASTELLANOS, 2012).

Na **subcategoria 1.3**, são apresentados os fatores contextuais internos e externos que influenciaram a implantação dessa política de gestão de qualidade no hospital.

“O hospital precisava buscar consistência nos seus processos, sejam eles assistenciais ou não assistenciais (...) inclusive a UTI (...) foi uma das áreas que saiu efetivamente na frente dentro do hospital com a política de gestão da qualidade. A gente tinha um contexto no qual os processos eram pouco padronizados, tudo era muito dependente de pessoas, no sentido de você conseguir repetir as suas atividades corriqueiras, os seus tratamentos, as suas terapias, os processos administrativos, e a adoção da gestão da qualidade era muito nesse sentido. Paralelo a tudo isso, a gente tem o momento de mercado aí nessa ocasião, em que a gente já tinha hospital (...) aqui na cidade de Salvador certificado com o programa de acreditação (...). Então, além de ter uma demanda interna por ter processos mais confiáveis, a gente tinha também uma demanda externa de mercado por ter um selo de acreditação”. (Entrevistado 10).

Na **subcategoria 1.4**, foi afirmado pelos entrevistados que a GQ é um processo que envolve todo o hospital e, quando iniciado, é um caminho sem volta.

“O processo de qualidade envolve todo o hospital, não adianta a terapia intensiva estar atuando de uma maneira e o resto do hospital tratando de outra maneira, aí você não consegue atingir resultado nenhum (...). Então a política de qualidade é essencial no dia de hoje, mas é um caminho sem volta, é até desconfortável tratar o paciente fora do ambiente que você não tenha uma qualificação melhor”. (Entrevistado 11).

Portanto, a GQ trata-se de um atributo a ser buscado continuamente, de modo organizado, sinérgico e coletivo, ao contrário do que se observa no cotidiano dos serviços de saúde, no qual cada um faz o que acredita ser mais adequado e não se obtém o resultado desejado (MALIK; SCHIESARI, 2012), conforme afirmado no seguinte discurso:

“E penso que essa decisão institucional de buscar a qualidade trouxe uma melhoria no âmbito geral, porque ela aproximou bastante as áreas assistenciais e as áreas administrativas do hospital. A concepção de que a qualidade não é algo que está somente na mão da equipe assistencial, pra ela acontecer é preciso ocorrer melhorias em todos os processos que ali são desenvolvidos, com o foco de que todos juntos, dêem um resultado final de uma assistência segura”. (Entrevistado 14).

Foi referida ainda, na **subcategoria 1.5**, a importância do pioneirismo do hospital em ações de qualidade e quanto à garantia dos itens de estrutura, conforme identificado na seguinte fala:

“Desde o início do hospital, na construção dos processos assistenciais e no próprio negócio da assistência como um todo, nós tivemos sempre essa preocupação com a qualidade, tanto do ponto de vista da equipe quanto da instituição. (...) A gente já tem um hospital muito bem estruturado em termos de estrutura física, de recursos materiais, de equipamentos, não faltam materiais para a gente trabalhar, aqui não faltam equipamentos”. (Entrevistado 9).

Isso posto, no que se refere ao contexto, observou-se que há uma pressão do mercado por acreditação e que fatores relacionados a estrutura, processo e resultados se relacionam com o contexto na implantação da gestão de qualidade. A definição da meta pela alta direção e seu apoio são, porém, fundamentais neste processo

5.2.2 CATEGORIA 2 - PRINCIPAIS MÉTODOS UTILIZADOS

Na realidade brasileira, poucos profissionais dispõem do conhecimento adequado sobre as estratégias e os métodos de qualidade e segurança, nem de como aplicá-los. Contudo, estão disponíveis diversas iniciativas, metodologias e boas práticas, que devem ser disseminadas e implantadas, adaptando-se à realidade local (MOIMAZ et al., 2010).

Neste sentido, além da metodologia de acreditação, foi relatada pelos informantes-chave a utilização de diversos métodos, que incluem técnicas, instrumentos e estratégias, utilizados em conjunto no processo de implantação da gestão de qualidade na organização, conforme descrito em seguida.

Atualmente, a formação dos profissionais de saúde ainda não atende às necessidades e exigências mínimas quanto às práticas de cultura de qualidade e segurança demandadas pelo sistema de saúde (MALIK, SCHIESARI, CASTELLANOS, 2012). Desse modo, as organizações precisam se empenhar no trabalho com processos educativos, assim como é evidenciado na **subcategoria 2.1** e afirmado pelos informantes-chave:

“Tem estratégias voltadas para a pessoa, então toda a base da educação, do desenvolvimento, da cultura, agir junto a equipe no sentido de que a qualidade não é só uma metodologia, tem que ter um sentido e esse sentido maior é a segurança das pessoas que aqui transitam (...)”. (Entrevistado 6).

“Nós trabalhamos muito com a questão do processo educativo, treinamentos, palestras, a cada três meses nós trabalhamos com o grupo todo, a gerência faz um treinamento já pré-escalado para favorecer que as pessoas possam participar e geralmente são vários temas”. (Entrevistado 5).

“A gente trabalhou também em cursos capacitando os gestores porque é uma metodologia nova, os gestores não estavam preparados, a maioria, então foram feitos cursos internos capacitando o gestor (...). Fizemos também duas grandes campanhas, a primeira campanha foi de ser HSR que é a campanha ser humano, seguro e referência, fizemos essa campanha, mobilizamos todos os colaboradores, fizemos cartazes, divulgamos folders, banners, tiveram pessoas que saíram nas áreas com um trabalho tipo um treinamento itinerante em todas as áreas (...) tivemos palestras (...) foi uma campanha que teve a participação de todos as categorias profissionais, os médicos, os enfermeiros todos os setores e durou uma semana (...) fizemos a segunda edição dessa campanha, então é o momento que a gente divulga os protocolos, divulga os indicadores, divulga algo que a gente identifica que tá precisando, que tá fraco, que precisa ser fortalecido”. (Entrevistado 1).

Deve haver um alinhamento entre os objetivos da unidade e a atuação dos recursos humanos, portanto a formação da equipe multidisciplinar que atua em UTI deve ser destacada como fator fundamental de melhoria. Contudo, concomitante ao aumento da demanda por especialistas em medicina intensiva, existe uma carência desses profissionais no mercado, situação que se agrava com a falta de formação adequada, fato que gera como consequência a atuação de médicos de outras especialidades e demais membros da equipe multidisciplinar sem especialização e/ou experiência em UTI (FERNANDES; PULZI JÚNIOR; COSTA FILHO, 2010). Essa situação coloca em risco a segurança e a qualidade da atenção prestada e sinaliza a importância de utilizar o processo educativo com os profissionais como um importante método de trabalho para que a meta qualidade possa ser atingida.

A gestão de tecnologia de informação é outro aspecto de extrema relevância para a gestão de qualidade. O sistema deve ser capaz de armazenar, organizar, disponibilizar e recuperar a informação a todos que necessitem utilizá-la, de forma ética, íntegra e segura, sendo que, quanto maior for a complexidade das ações decorrentes do processo decisório, mais complexo deverá ser o sistema de informação para apoiá-lo (MOURA JÚNIOR; LEÃO; LIRA; 2012).

Neste sentido, a **subcategoria 2.2** demonstra que os entrevistados relataram a utilização dos sistemas informatizados para gerenciamento de protocolos, acordos entre os setores e eventos sentinela, destacando ser uma ferramenta importante para a implantação da gestão de qualidade.

“Algumas ferramentas do ponto de vista documental também podem ser usadas como estratégias, no sentido de que a gente precisa dispor de alguns recursos tecnológicos, de informática, de padrões de segurança. (...) A gente também implantou dois sistemas informatizados, o primeiro sistema foi o sistema de documentação, que é o SDOC. Esse sistema possibilitou que todos os protocolos elaborados fossem divulgados também para toda a instituição (...) com o sistema informatizado todos os documentos estão disponíveis na rede e isso foi muito importante (...) para a gente sedimentar as barreiras preventivas na qualidade; também tem um ano que temos o sistema Interact que é um sistema de notificação de eventos sentinelas, de

danos de não conformidades, qualquer profissional pode notificar”. (Entrevistado 15).

“Como a gente tem uma ferramenta informatizada para se comunicar fica fácil saber quando atendemos, quando não atendemos e investigar a causa do não cumprimento dos acordos”. (Entrevistado 4).

Ainda em relação a esse tema, destacam-se as ferramentas de inteligência conhecidas como BI, que significa *Business Intelligence*. Elas permitem organizar os dados de modo que seja possível estabelecer o cruzamento destes e buscar respostas sobre diversos assuntos e em tempo real, pois é capaz de oferecer informações a partir dos dados obtidos (MOURA JÚNIOR; LEÃO; LIRA; 2012), conforme o seguinte relato:

“Nós temos uma ferramenta grande que a gente chama equipe do BI, que é a equipe que lida com todas as informações do ponto de vista de informática (...). Então você tem hoje essa possibilidade até em tempo real de algumas coisas, então eu estou aqui agora e dispara do meu e-mail ocupação máxima, plano de contingência daqui a duas horas dispara, ocupação disso, internado não sei quantos doentes. Então essa ferramenta on-line dá um movimento gerencial e um movimento de qualidade também muito bom para esse desenvolvimento”. (Entrevistado 15).

Na **subcategoria 2.3**, foi referida a realização de reuniões multidisciplinares, visita interdisciplinar e auditoria clínica/*tracer* como importantes métodos utilizados no processo de implantação da gestão de qualidade.

“Toda terça feira nós temos a reunião multidisciplinar com a equipe toda, médica, fisioterapia, fonoaudiólogo, assistente social, a cada dia cresce mais o grupo. Agora nós estamos com o pessoal da qualidade que sempre participa também, da farmácia, os diaristas, coordenadores de enfermagem, coordenador médico”. (Entrevistado 11).

Essas reuniões se constituem em um momento de suma importância, pois permitem o alinhamento das questões relacionadas à segurança e à qualidade da assistência na UTI, são identificadas as falhas e as dificuldades do processo de trabalho e definidas as ações de melhorias.

A visita multidisciplinar ou interdisciplinar, por sua vez, é identificada como

“um momento talvez de maior interação diária entre as equipes e que consegue amarrar pequenos planos de ação pro dia-a-dia do paciente. Então a gente passou a ter, dentro dessa visita interdisciplinar, a participação do nosso diarista, depois de fisioterapeutas, enfermeiros, plantonistas médicos, tendo obrigatoriamente que opinar e tendo obrigatoriamente que fazer uma revisão, vamos dizer assim, horizontal da assistência do paciente (...)”. (Entrevistado 14).

As visitas multidisciplinares diárias são importantes mecanismos de comunicação e coordenação de cuidados, correspondendo a mecanismos através dos quais os profissionais de saúde de diferentes especialidades se reúnem para se comunicar, coordenar atendimento ao paciente, tomar decisões conjuntas e compartilhamento das responsabilidades (GURSES; XIAO; 2006).

Dessa forma, a tomada de decisão deve ser realizada em visitas multidisciplinares, nas quais é possível reavaliar a qualquer momento a situação do paciente, com a participação da equipe multiprofissional, objetivando a melhoria do atendimento ao paciente (AMARAL; RUBENFELD, 2009). A realização dessas visitas diárias tem relação direta com a redução de mortalidade, portanto são de relevância na implantação da gestão de qualidade nas UTI (KIM et al., 2010).

Neste sentido, a auditoria clínica, também conhecida como auditoria *tracer*, que significa rastreador, destaca-se como uma metodologia de trabalho que avalia toda a linha de cuidado, analisando, de forma multidisciplinar, todos os processos relacionados ao paciente, bem como as suas interações. Para tanto, utiliza como ferramenta o prontuário e deve ocorrer sistematicamente enquanto o paciente estiver internado. A implantação dessa metodologia permite identificar os pontos críticos na linha do cuidado, estruturar rotinas e políticas institucionais, além de direcionar a capacitação dos profissionais (HOSPITAL SÃO RAFAEL, 2012), assim como é afirmado na seguinte fala:

“Tem ainda o método da auditoria *tracer*, de auditoria clínica, ela nos fornece, por meio de amostragem, uma visão muito ampliada de todos os processos, à medida que eu tenho um documental automatizado, a gente

consegue ir pegando vários fluxos por onde o paciente passa, e ir rastreando se aqueles padrões que foram criados estão sendo seguidos. Então é uma ferramenta que eu particularmente acho das melhores (...)”. (Entrevistado 11).

Conforme verificado até o momento na literatura pesquisada e no discurso dos entrevistados, no campo da gestão do cuidado, existem diversas técnicas e ferramentas disponíveis que têm sido amplamente utilizadas para alcançar melhoria dos processos, redução dos custos e aumento da produtividade. Como exemplo, podem ser citados ainda os processos relacionados com a gestão estratégica, que conduzem a um melhor posicionamento da organização e viabilizam os meios para atingir o desempenho desejado (PENA; MALIK, 2012). É neste sentido que a **subcategoria 2.4** trata do planejamento estratégico e das ferramentas de qualidade, conforme o discurso dos seguintes entrevistados:

“Nós temos o planejamento estratégico que é uma das ferramentas da gestão pela qualidade”. (Entrevistado 9).

“A primeira estratégia que temos que ter é a definição de planejamento estratégico, então no nosso planejamento estratégico a gente tem duas grandes metas que é melhorar o resultado financeiro e o resultado assistencial (...). Nós utilizamos o planejamento estratégico, estão definidas as metas, tá definido o plano de ação, os indicadores de resultado já foram definidos. (...) Os outros instrumentos existentes são as próprias ferramentas da qualidade, um método que nós utilizamos aqui é o PDCA. E para poder trabalhar com o PDCA você vai acessar outras ferramentas que estão disponíveis no mercado para análise de processo, para análise de eventos, análise de ocorrência, a exemplo do diagrama de causa e efeito, do próprio plano de ação, do gráfico de Pareto”. (Entrevistado 2).

Grande parte das abordagens atualmente existentes deriva-se de experiências da indústria. Essas estratégias variam quanto à amplitude, podendo focalizar apenas setores específicos da organização ou ela como um todo. Uma das ferramentas metodológicas utilizadas no intuito de buscar soluções para problemas organizacionais identificados é o ciclo de *Shewhart*, ou ciclo PDCA, que envolve o planejamento da intervenção (*plan*), seu desenvolvimento (*do*), o controle e avaliação dos resultados obtidos (*check*) e a atuação

corretiva (*action*), a qual serve de base para planejamento de uma nova intervenção (SANTOS, 2002).

O Gráfico ou Diagrama de Pareto, por sua vez, constitui-se numa ferramenta que apresenta um gráfico de barras que permite determinar as prioridades dos problemas a serem resolvidos, através das frequências das ocorrências, da maior para a menor. Sua maior utilidade é a de permitir uma fácil visualização e identificação das causas ou problemas mais importantes, possibilitando a concentração de esforços sobre estes (CAMPUS, 2009).

A **subcategoria 2.5** trata da relevância de utilizar indicadores e conhecimentos da epidemiologia no processo de gestão de qualidade.

Os indicadores hospitalares constituem-se em instrumentos utilizados para avaliar o desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados, após análise e interpretação, transformam-se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle dos custos gerados na produção dos serviços e seu grau de resolutividade (APM; CRM, 1992). Portanto, a utilização dos indicadores possibilita o monitoramento e planejamento das ações, conforme espelha o seguinte discurso:

“A gente monitora nosso processo através de indicadores (...) a gente faz reunião com a equipe da UTI onde se é discutido esses indicadores quais ações de melhorias, o que a gente pode estar fazendo para tá melhorando essa relação (...) a gente hoje tem como mensurar, como nós estamos e o que a gente pode tá fazendo de ação de melhoria ou não”. (Entrevistado 8).

A utilização dos conhecimentos da epidemiologia na área de saúde é muito importante para a melhoria contínua da saúde, o alívio do sofrimento e o restabelecimento da capacidade funcional do indivíduo da melhor maneira possível (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012). Verificou-se que o hospital estudado utiliza esses conhecimentos na execução do seu processo de trabalho, assim como é afirmado na seguinte fala:

“uma das frentes é a gente conhecer a epidemiologia do hospital para poder pensar em medidas preventivas para aquela epidemiologia (...) os principais

pilares são esses: busca ativa, visita técnica, controle de antimicrobiano, controle de bactérias multidrogas resistentes, controle ambiental e tem outros menores como controle de nutrição parenteral, controle do lactário, etc.”. (Entrevistado 7).

Quando se discute a qualidade nos serviços de saúde, a avaliação surge como um dos instrumentos de intervenção e, para tanto, deve contemplar os resultados obtidos pelos serviços. Neste sentido, é necessário articular conjuntamente os conhecimentos produzidos pela Clínica, Epidemiologia, Administração e Planejamento, pois, mesmo reconhecendo as especificidades dos saberes, deve ser possível uma problematização mais ampliada das questões envolvidas na definição de uma qualidade sempre mutante, que necessita transitar por esses saberes (NOVAES; TANAKA, 1995).

Na maioria das entrevistas realizadas, foi afirmada ainda a importância de assegurar a segurança do paciente, que é favorecida mediante a utilização dos protocolos assistenciais, a definição de indicadores que permitem o monitoramento do resultado assistencial e, principalmente, a identificação dos eventos sentinela, com definição de estratégias que possam evitá-los ou minimizá-los, pois,

“(...) se você trabalha em uma instituição de saúde, é passível de eventos. A gente trabalha com pessoas, trabalha com eventos, a gente tem uma infinidade de coisas aqui, então por mais que você tenha uma metodologia de qualidade implantada, não significa que você não vai ter eventos. Agora se tiver o evento o que eu estou fazendo com ele. Será que eu estou analisando esse evento? (...) Então a gente tem um sistema de notificação no qual qualquer funcionário do hospital pode chegar e cadastrar a ocorrência e evento. A gente vai analisar esse evento junto com a equipe que foi envolvida, definir o plano de ação e acompanhar com o objetivo de minimizar o erro, diminuir o erro, aumentar a probabilidade do resultado desejável”. (Entrevistado 7).

Diante das condições apresentadas pelos serviços de saúde, não se pode pensar na ausência do risco. Faz-se importante reduzir os fatores que conduzem a situações não desejadas e, quando elas ocorrem, devem ser assumidas e suas consequências gerenciadas (MALIK; SCHIESARI, 2012). Desse modo, a cultura do medo e da punição deve ser

substituída pela transparência nas relações de trabalho e compreensão das falhas de processo. Os eventos devem ser identificados e discutidos para que haja a possibilidade de serem corrigidos, minimizados e/ou evitados (MALIK; SCHIESARI; CASTELLANOS, 2012).

Foram descritos pelos informantes-chave alguns métodos, estratégias e instrumentos utilizados no intuito de fazer o melhor possível, cada um com seu objetivo específico, atendendo à demanda de determinado setor ou momento do processo de implantação da gestão de qualidade. Portanto, são complementares, não excludentes e adaptáveis à realidade do meio onde são desenvolvidos, fazendo-se necessário entender sua importância, funcionamento e aplicabilidade.

Ao comparar o contexto e as estratégias, os métodos e os instrumentos utilizados no processo de implantação da política de gestão de qualidade na UTI Geral I com o ML desenhado neste estudo, pode-se identificar uma consonância das informações. Além disso, o resultado da matriz, que foi de grau pleno de implantação, é condizente com a certificação obtida pelo hospital de nível 3 de acreditação pela ONA, que significa excelência em gestão.

Por fim, além dos aspectos já discutidos, foi relatado pelos entrevistados que

“a certificação da qualidade é consequência do projeto, ela não é objetivo (...) é consequência do processo de segurança do paciente, de qualidade assistencial e, naturalmente, de gestão de risco. Se você contempla isso aí a certificação é consequência, ela não é objetivo”. (Entrevistado 9).

“a qualidade é para a segurança do doente, o benefício primeiro do doente, acreditação é uma consequência do trabalho que a gente está fazendo, seria uma avaliação de um reconhecimento do processo, mas não é o foco, o foco é a segurança do doente”. (Entrevistado 5).

Portanto, a obtenção de um certificado de avaliação externa não é suficiente para garantir a qualidade em uma organização. É preciso haver um processo de aprimoramento contínuo, pois, especialmente na área de saúde, a realidade é dinâmica e sempre existirão novas exigências, conhecimentos e interesses (MALIK; SCHIESARI, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos por este estudo foram atingidos. Elaborou-se o modelo lógico e a matriz de análise do grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral I do Hospital São Rafael (HSR), considerando o contexto e as estratégias, métodos e instrumentos utilizados.

O modelo lógico construído contempla, principalmente, as questões referentes a processo e resultado, todavia pressupõe-se que, para desenvolver gestão de qualidade, é imprescindível atender aos itens de estrutura física normatizados pela legislação em vigor. Desse modo, o modelo desenhado define cinco componentes para implantação da gestão de qualidade: gestão de pessoas, gestão da informação/comunicação, gestão do cuidado, gestão da segurança assistencial e gestão de resultado.

A classificação do grau de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na UTI Geral I do HSR foi de grau pleno de implantação, com 88,8% de adequação aos critérios estabelecidos. Com a aplicação da matriz de análise do grau de implantação, podem-se identificar oportunidades de melhoria para a UTI Geral I do HSR, assim como: implantação do programa de bem-estar no trabalho; estabelecimento da pesquisa de satisfação do usuário, com a utilização do resultado no processo de tomada de decisão; melhoria no registro adequado em prontuário pela equipe multidisciplinar e na promoção de uma ambiência acolhedora, com preservação da privacidade do paciente por parte dos profissionais.

Os resultados deste estudo reafirmam o que foi encontrado no referencial teórico examinado e reforçam que a acreditação hospitalar, além de oferecer um selo de qualidade, norteou a implantação da política de gestão de qualidade no hospital estudado. Contudo, neste processo, foi de suma relevância o apoio da alta direção, a definição da meta pela organização, o envolvimento dos colaboradores e a utilização de diversos métodos, estratégias

e instrumentos, que contribuíram para que a segurança e a qualidade assistencial fossem assumidas como um compromisso de toda a organização.

Mediante a diversidade de métodos e técnicas disponíveis, o desafio que se impõe aos gestores das UTIs é o de saber escolher e aplicar os mais adequados à sua realidade. Além disso, é preciso capilarizar a cultura de qualidade, mobilizando toda equipe para que a implantação da gestão de qualidade envolva toda a organização.

O modelo lógico elaborado pode contribuir para incentivar e nortear a implantação da gestão de qualidade em outras UTIs, uma vez que sua construção baseou-se na literatura recente sobre o tema e na realidade vivenciada por uma unidade que tem mostrado resultados positivos quanto ao desenvolvimento dessa iniciativa. Além disso, o material produzido foi validado por um consenso de *experts*, e é provável que os critérios de avaliação nele definidos devam estar presentes em unidades de cuidados intensivos de uma forma geral.

Espera-se que o produto deste trabalho possa enriquecer os debates sobre este tema importante para saúde pública, que é a qualidade e a segurança na atenção à saúde. Contudo, por se tratar de um estudo de caso único, é recomendável que outras pesquisas sejam realizados em outros hospitais, contribuindo para consolidar uma Política de Gestão da Qualidade baseada em avaliação e melhorias contínuas, de modo a controlar os custos e fortalecer a segurança da atenção prestada pelos serviços de atenção à saúde no Brasil.

Nesse processo, existem múltiplos ganhos: a organização melhora seu resultado assistencial e financeiro, aumentando sua credibilidade perante a sociedade e o mercado; os profissionais passam a ser mais valorizados e conscientes do seu processo de trabalho; os usuários dos serviços usufruem de uma atenção de qualidade, com segurança e humanização; por fim, ganha a sociedade, na qual as pessoas estão mais satisfeitas com a oferta de serviços menos custosos, que atendam suas necessidades e que não ofereçam tantos riscos e danos à sua saúde.

7 REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Making Health Care Safer: A Critical analysis of patient safety practices*. U.S.: Department of Health and Human Services, July 20 2001. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>. Acesso em 10 dez. 2012.
- AMARAL, A. C.; RUBENFELD, G. D. The future of critical care. *Curr Opin Crit Care*, v. 15, p. 308-313, 2009.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (APM). CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CRMSP). Programa de Avaliação e Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar. Informativo CQH, São Paulo, ano 1, n.3, jul. 1992.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, C. S. M. A. *Avaliação da qualidade de hospitais públicos baianos segundo modelo de gestão*. 2005. 138p. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem; Salvador, 2005.
- BAUER, M. W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER M.W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. p.189-217
- BECKER, S. W. TQM does work: ten reasons why misguided attempts fail. *Management Review*, v. 82, n.5, p.30, May 1993.
- BERWICK, D. M. A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report: Patients experiences should be the fundamental source of the definition of quality. *Health Affairs*, v.1, n.3, p.80-90, May/June 2002.
- BOHMER, R. Na linha de frente, a solução para a saúde. *Harvard Bus Rev Brasil*, v. 88, n. 1, p. 34-41, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Glossário do Ministério da Saúde*. 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 22 de novembro de 2012.
- CAMPUS, V. F. *TQC: controle da qualidade total (no estilo japonês)*. São Paulo: Campus, 2009.
- COSTA, E. A. *Gestão estratégica: da empresa que temos para a empresa que queremos*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P., CHAMPAGNE F., DENIS J. L.; PINEAULT R. A Avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Organizadores). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. p. 29-47.
- SCNES, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2927400003808>. Acesso em 21 out. 2012.

DONABEDIAN, A. *A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde*. Tradução de Roberto Passos Nogueira. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: _____. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. v. 1, p. 3-31.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 1990. v. 114, p.1115-1118.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Organizadoras). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 49-88.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. A epidemiologia e o processo de assistência à saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 15-31.

FERNANDES, H. S.; SILVA, E.; CAPONE NETO, A. (Col.). Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Rev. Bras. Clin. Med.*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 129-37, mar./abr. 2011.

FERNANDES, H. S.; PULZI JÚNIOR, S. A.; COSTA FILHO, R. Qualidade em terapia intensiva. *Rev. Bras. Clin. Med.*, São Paulo, n. 8, p. 37-45, 2010.

GURSES, A. P.; XIAO, Y. A Systematic Review of the Literature on Multidisciplinary Rounds to Design Information Technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, v. 13, n. 3, p. 267-276, may./jun. 2006.

HOSPITAL SÃO RAFAEL/Monte Tabor. *Hospital São Rafael implanta processo de auditoria clínica*. 31 jul. 2012. Disponível em: <http://www.hsr.com.br/_Noticia/viewNoticia.aspx?Unidade=1&id=362&Menu=2>. Acesso em: 1º fev. 2013.

HOSPITAL SÃO RAFAEL (HSR). *Monte Tabor: 35 anos de história na Bahia*. Salvador: Agência de Comunicação Integrada-HSR, jun. 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

JURAN, J. M. *Controle da Qualidade*. 4.ed. São Paulo: Makron, 1991.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *Kaplan e Norton na prática*. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

KIM, M. M.; BARNATO, A. E.; ANGUS, D. C, et al. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*, v. 170, n. 4, p. 369-76, 2010.

KNOBEL, E.; KUHL, S. D.; LOPES, R. F. et al. Organização e funcionamento das UTIs. In: KNOBEL, K. (Ed.). *Condutas no paciente grave*. 3. ed. São Paulo: Atheneu; 2006. p.1.953-1.967.

- LONGO, R. M. J. A revolução da qualidade total: histórico e modelo gerencial. *RI IPEA/CPS*, Brasília, n. 31, 1994.
- LONGO, R. M. J. *Gestão da Qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), jan. 1996. (Texto para Discussão n. 397).
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e Acreditação. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.325-328.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 233p. (Série Saúde & Cidadania, v. 3).
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C.; CASTELLANOS, P. L. Qualidade e Segurança [Oficina de trabalho]: Qualidade e Segurança: Educação e Prática no Século XXI. *Debates GVsaúde*, São Paulo, Edição Especial, p.37-45, out. 2012.
- MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, jul./set. 2001.
- MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R.; HARTZ, M. A. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Organizadoras). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 41-63.
- MENDES, V. L. P. S. *Gerenciando qualidade em serviços de saúde*. Dissertação (Mestrado em Administração)-Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.
- MEZOMO, J. C. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001.
- MEZOMO, J. C. *Conceitos da "qualidade"*. In: _____. *Gestão da qualidade na saúde*. São Paulo: Manole, 2001, p. 71-75.
- MOIMAZ, S. A. S et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a19v20n4.pdf>. Acesso em 18 fev. 2013.
- MOURA JÚNIOR, L. A.; LEÃO, B. F.; LIRA, A. C. O. Gestão da Tecnologia da Informação. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 281-288.
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.
- NOVAES, H. M. D; TANAKA, O.Y. A Epidemiologia na avaliação dos serviços de saúde: a discussão da qualidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 111-113, 1995.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. Brasília, 2010. 164p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação, v.1).

PEDROSA, T.; COUTO, R. Mapeamento de processos. In: COUTO, R.; PEDROSA, T. M.; *Hospital, acreditação e gestão em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 193-199.

PENA, F. P. M., MALIK, A. M. Gestão estratégica em saúde. In: VECINA NETO, G., MALIK, A. M. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 113-126.

QUINTO NETO, A. *Processo de Acreditação: a Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

RODRIGUES, E. A. A. *Uma revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e da Experiência Brasileira*. 2004. 75f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

ROTHEN, H. U.; STRICKER, K.; EINFALT, J; BAUER, P.; METNITZ, P. G. H.; MORENO, R. P.; TAKALA, J. Variability in outcome and resource use in intensive care units. *Intensive Care Med*. v. 33, p. 1329-1336, 2007.

SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 935-944, jul./ago. 2007.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, v.8, n.5, p.65-82, 2009.

SANTOS, P. R. G. Gestão estratégica pela qualidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). *GESTHOS Gestão Hospitalar: capacitação à distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde*. Brasília, DF, 2002. Módulo IV: Gestão para qualidade em saúde, p.128-135. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde).

SILVA, A. M. B. S.; FARIAS, D. L. G.; VIEIRA, F. O.; SANTOS, V.M. Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do Estado do Rio de Janeiro: estudo de caso comparativo. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO: ENERGIA, INOVAÇÃO, TECNOLOGIA E COMPLEXIDADE PARA A GESTÃO SUSTENTÁVEL, 6., 2010, Niterói, RJ. *Anais Eletrônicos*. Niterói, RJ, ago. 2010. Disponível em: <
http://www.excelenciaemgestao.org/Portals/2/documents/cneg6/anais/T10_0215_1049.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SOUZA, L. E. P. F.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A. VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 65-91.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos*

teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.15-39.

VUORI, H. Patient satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, n.13, p.106-108, 1987.

VUORI, H. A. Qualidade da saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, n.3, p.17-24, fev.1991.

WOOD, J. R. T.; URDAN, F. T. Gerenciamento da Qualidade Total: uma revisão crítica. *Revista de Administração de Empresas*, v.34, n.6, p.46-59, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Alliance for patient safety*. 2004. Disponível em: <<http://who.int/patientsafety/worldalliance/en/>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. (Tradução Ana Thorell; Revisão técnica Cláudio Damacena). 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2010. 248p.

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador responsável, pelo telefone (71) 36213684.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Gestão de Qualidade na UTI: um estudo de caso

Pesquisadora responsável: Luciana Reis Pimentel

Orientador: Paulo Benigno Pena Batista

E-mail para contato: Ireispimentel@yahoo.com.br

A pesquisa visa analisar o processo de implantação da gestão de qualidade desenvolvida na UTI do Hospital São Rafael, utilizando metodologia qualitativa e quantitativa.

INFORMAÇÕES PARA PESSOA ENTREVISTADA:

Esta pesquisa como benefício, pode contribuir para as discussões quanto à qualidade em saúde, com possível subsídio a tomada de decisão dos gestores hospitalares, no sentido de melhorar a qualidade da assistência aos pacientes, tendo em vista os indicadores e os custos em saúde. O sujeito da pesquisa tem a liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalidade alguma. Outro sim, a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, bem como a inexistência de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

Nome e Assinatura do pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA ENTREVISTADA

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, declaro ter ciência e haver concordado em participar do estudo “Gestão de qualidade na UTI: análise de implantação em um hospital filantrópico”, como sujeito a prestar fielmente as informações solicitadas. Fui devidamente informado e esclarecido pela mestrandia Luciana Reis Pimentel sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Fui cientificado da confidencialidade com que será tratada a minha participação e que os resultados da pesquisa serão tratados de forma a não colocar em risco a instituição envolvida. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer prejuízo ou penalidade. Também fui informado que não existem ressarcimento de despesas ou outras formas de indenização.

Local e data, _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Apêndice B – Roteiro de entrevista

Data: ____ / ____ / ____

PERFIL DO ENTREVISTADO

Idade: _____ Sexo: () Masc. () Fem.

Profissão: _____

Função que ocupa: _____

Tempo na função que ocupa: _____

Tempo de serviço no HSR: _____

O roteiro básico de entrevista consta de um conjunto de questões que buscam compreender a política de gestão de qualidade desenvolvida na organização, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva, bem como identificar os fatores contextuais e os resultados da referida política. Para tanto, obedeceremos à seguinte pauta:

1. Contexto em que se deu a implantação da Gestão da Qualidade no HSR.
2. Papel do entrevistado na política de gestão da qualidade.
3. Estratégias, métodos e instrumentos utilizados.
4. Resultados identificados.
5. Elementos contextuais favoráveis e desfavoráveis.

As entrevistas com os gestores da UTI contemplam, além da pauta anterior, excetuando-se a primeira pergunta, aspectos operacionais, tais como:


6. Desempenho e relacionamento interno
7. Relacionamento com ambiente externo

As entrevistas com os gestores que representam os clientes externos (exclusive os pacientes e familiares que não serão abordados) e fornecedores da UTI serão pautadas nos tópicos seguintes:

1. Importância da implantação da política de gestão da qualidade na UTI para seu serviço.
2. Desempenho e relacionamento com a UTI.
3. Resultados identificados.
4. Elementos contextuais favoráveis e desfavoráveis.

ANEXO

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

	COMUNICAÇÃO INTERNA		Data:	15/05/12
			Nº:	26/12
De:	CEP - Comitê de Ética em Pesquisa	Para:	Dra. Luciana Pimentel	
Ref.	Projeto de Pesquisa Nº 06/12		Pesquisadora Responsável	

Ref.: Aprovação projeto de pesquisa nº 06/12, intitulado “ Gestão de Qualidade na UTI: um estudo de caso”.

Prezada pesquisadora:

Cumpre-nos científicá-la que o estudo supracitado, que tem V.S^a como pesquisadora responsável, foi apreciado, na 147^a reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa – Monte Tabor / Hospital São Rafael, de 05/05/2012, e considerado **aprovado**.

Reiteramos a necessidade de ser encaminhado os relatórios periódicos, a cada seis meses, a partir da data da aprovação. Caso o projeto seja concluído antes do vencimento de novo período semestral, favor encaminhar o relatório final, o mais breve possível. Estamos à disposição para esclarecimentos, que se fizerem necessários, através dos telefones: (71) 3281-6484 e 3281-6259.

Atenciosamente,


Dra. Regina Oliveira
 Coordenadora do CEP / HSR

Dra. Regina Oliveira
 Coordenadora do CEP
 Monte Tabor / HSR