

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....
1.1.	TEMA.....
1.2.	REVISÃO DA LITERATURA.....
1.3.	PROBLEMA.....
1.4.	OBJETIVOS.....
1.5.	QUESTÕES DE ESTUDO.....
1.6.	JUSTIFICATIVAS.....
1.7.	CONTRIBUIÇÃO.....
2.	METODOLOGIA.....
3.	RESULTADOS.....
3.1.	PERCENTUAL DE CIRURGIAS AGENDADAS QUE NÃO SÃO REALIZADAS NO HOSPITAL XYZ.....
3.2.	CAUSAS QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO-REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS AGENDADAS.....
3.3.	FERRAMENTAS DA QUALIDADE MAIS ADEQUADAS PARA O ESTUDO DAS CAUSAS.....
3.3.1.	Diagrama de Ishikawa.....
3.3.2.	Diagrama de Pareto.....
4.	DISCUSSÃO.....
5.	CONCLUSÃO.....
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
7.	APÊNDICES.....
7.1.	APÊNDICE A: Gráficos.....
7.2.	APÊNDICE B: Tabelas.....
8.	ANEXOS.....
8.1.	ANEXO A: Figuras.....
8.2.	ANEXO B: Diagnóstico organizacional simplificado: centro cirúrgico

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: em busca da acreditação hospitalar

Alberto Saraiva Tibúrcio

Resumo: A acreditação hospitalar visa a garantia da qualidade da assistência hospitalar através de avaliações dos recursos institucionais. Entre seus diversos indicadores de qualidade está a taxa de suspensão de cirurgias. O valor desta taxa no Hospital XYZ foi 16,4%. Causas relacionadas ao cirurgião e ao paciente foram os principais motivos de cancelamento das cirurgias. Como ferramentas de qualidade para avaliação das causas dos cancelamentos foram utilizados os diagramas de Pareto e de Ishikawa. Estas ferramentas de qualidade apontaram quais fatores geradores do problema (cancelamento das cirurgias) devem ser abordados prioritariamente. A qualidade dos serviços hospitalares é amplamente enfatizada ao longo deste trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: **acreditação hospitalar; ferramentas de qualidade; cancelamento de cirurgias.**

Abstract: Hospital accreditation aims the guarantee of quality in the hospital assistance by means of evaluations of the institutional resources. The cancel of surgeries index is a indicator of quality. This index in the Hospital XYZ was 16.4%. Causes related at the surgeon and at the patient were the mains motifs for cancel of surgeries. The Pareto and Ishikawa diagrams were the quality instruments used in the evaluations for cancel of surgeries. These quality instruments indicated which factors produced the problem (cancel of surgeries); they also indicated which factors may be faced with priority. The quality of hospital services was much emphasized in this study.

KEYWORDS: **hospital accreditation; instruments of quality; cancel of surgeries.**

1. INTRODUÇÃO

A acreditação hospitalar é uma metodologia de avaliação dos recursos institucionais, de caráter voluntário, periódico e reservado, visando a garantia da qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos. Esta avaliação é feita sobre indicadores que os visitantes utilizam para constatar o cumprimento dos padrões exigidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Entre os recursos institucionais avaliados neste processo estão a liderança e a administração, os serviços profissionais e a organização da assistência, os serviços de atenção ao cliente, os serviços de apoio ao diagnóstico, os serviços assistenciais e de abastecimento, os serviços de infra-estrutura e apoio logístico e as atividades de ensino e pesquisa (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2006). Trata-se, portanto, de um processo sistêmico que avalia um hospital desde a cozinha e a lavanderia, até os setores de internação, de pronto-atendimento e centro cirúrgico.

Assim, durante o processo de avaliação a qualidade da assistência médico-hospitalar, a acreditação hospitalar contempla aspectos de segurança ao cliente, de ética profissional, de responsabilidade e de qualidade no atendimento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

1.1. TEMA

A acreditação hospitalar como referencial para a melhoria da qualidade da assistência médico-hospitalar.

1.2. REVISÃO DE LITERATURA

No Brasil, a preocupação com a qualidade da assistência médico-hospitalar remonta à década de 40, mais precisamente 1941. Neste ano foi criada a Divisão de Organização Hospitalar, no Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. As atribuições da Divisão de Organização Hospitalar incluíam: o incentivo à melhoria de instituições e serviços de assistência; o estabelecimento de normas e padrões para a instalação, a organização e o funcionamento de serviços técnicos e administrativos hospitalares; o cadastramento de estabelecimentos hospitalares e demais órgãos de assistência à saúde; e também a realização de

inspeções de cunho técnico-administrativo. A partir de modelos e padrões utilizados pela Associação Americana de Hospitais, houve uma adaptação da assistência à saúde para as necessidades nacionais (SCHIESARI e KISIL, 2003).

A primeira classificação de hospitais por padrões no Brasil foi especificada em lei de 1952. A finalidade desta classificação foi distribuir auxílios e subvenções governamentais de forma racional, bem como incentivar a melhoria da administração, das instalações e da assistência prestada. Em 1961 foi elaborado o documento intitulado *Padrões Mínimos Exigíveis dos Hospitais para a Prestação de Assistência Cirúrgica aos Beneficiários do Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários*. Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, houve ampliação da rede de serviços, principalmente privados, subsidiados pela Previdência Social. Com isso, houve novamente necessidade de classificação dos hospitais segundo a qualidade dos serviços de natureza hoteleira, para fins de pagamento dos serviços. Em 1968, normas para aplicação da classificação hospitalar foram estabelecidas e a pontuação incluía o conceito de eficiência. Os critérios de pontuação incluíam planta física, equipamentos, utensílios, instalações e a parte administrativa. Através de portaria ministerial de 1974, a classificação dos hospitais passou a incluir o uso de indicadores que enfatizavam a estrutura física, os processos e a importância da tecnologia. Quanto aos prontuários médicos, havia preocupação quanto à legibilidade, qualidade dos registros e consistência dos dados (SCHIESARI e KISIL, 2003)

A implantação do Sistema Único de Saúde e a crescente responsabilidade dos municípios na gestão e prestação de serviços de saúde fizeram surgir a necessidade de instrumentos gerenciais capazes de avaliar os serviços oferecidos pelos hospitais conveniados. Foram elaboradas Normas Operacionais Básicas na década de 90 cuja ênfase mudou do controle da quantidade de atendimentos para os resultados e desempenho com qualidade (SCHIESARI e KISIL, 2003).

A *Acreditação Hospitalar* passou a ser utilizada no Brasil a partir de 1989, quando a Organização Mundial de Saúde iniciou um trabalho junto aos hospitais da América Latina, visando apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. O instrumento utilizado no processo de acreditação hospitalar, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, contém tópicos (estrutura física, recursos humanos, processos e procedimentos, resultados) divididos em 03 níveis de complexidade crescente, sendo que o nível 01 representa o nível mínimo necessário de qualidade.

Os níveis 02 e 03 contêm exigências mais elevadas quanto aos padrões de qualidade (SCHIESARI e KISIL, 2003).

Atualmente, a adoção dos programas de qualidade no setor saúde está intimamente relacionada ao crescimento dos custos da assistência hospitalar (GURGEL JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

A acreditação visa a racionalização dos processos hospitalares e, sobretudo, a educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes. A utilização de programas de acreditação contribui para que, dentro dos recursos disponíveis, ocorra uma progressiva e planejada mudança de hábitos, provocando nos profissionais de todos os setores do hospital, um novo estímulo para avaliação das forças e debilidades da instituição para fins de estabelecimento de metas e realização de projetos para alcançar os objetivos relativos à qualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Após o levantamento dos problemas que ocorrem nos processos e procedimentos dentro do hospital, faz-se necessário um planejamento das ações a serem empreendidas para corrigir estes problemas. Faz-se necessária uma abordagem organizada para qualquer tipo de problema. Desta forma, é possível orientar de forma eficaz e eficiente a preparação e a execução de atividades planejadas para o solucionamento dos problemas (MALIK e SCHIESARI). Um método utilizado para a solução de problemas é o ciclo PDCA (figura 01).

As etapas do ciclo PDCA, também conhecido como *ciclo de Shewhart*, são as seguintes:

1. Planejamento **Plan** Estabelecimento da direção dos esforços. Definição de prazos para execução do objetivo;
2. Fazer **Do** Preparação do pessoal que deve executar as tarefas definidas;
3. Verificar **Check** Confronto dos resultados com o que foi planejado;
4. Agir **Action** Consolidação dos resultados, evitando perda dos resultados já obtidos, para que o problema não se repita posteriormente.

Em um determinado processo de produção, o ciclo PDCA reconhece problemas como oportunidades de melhorias. Neste caso, os problemas são determinados pela diferença entre necessidades do cliente (interno ou externo) e o desempenho do processo (FERREIRA, 2005).

As ferramentas da qualidade, discutidas ao longo do texto deste trabalho, podem ser utilizadas para a realização de diversas atividades inerentes ao ciclo PDCA: observação, análise, definição do plano de ação, verificação, padronização (FERREIRA, 2005).

As sete ferramentas básicas da qualidade são: a folha de coleta de dados; o diagrama de Pareto; a estratificação; o diagrama de causa e efeito; o histograma; o diagrama de dispersão; e o gráfico de controle. Cada uma destas ferramentas da qualidade cumpre uma finalidade específica, muitas vezes de forma complementar dentro de um estudo.

A temática sobre qualidade no gerenciamento dos processos realizados dentro dos hospitais e sobre acreditação hospitalar vem sendo muito discutida nos dias atuais. Isto porque os hospitais, como qualquer outra empresa, necessitam conquistar e manter seus clientes através da satisfação de suas expectativas.

Portanto, os serviços oferecidos precisam oferecer qualidade com um custo compatível aos de mercado.

1.3. PROBLEMA

Baseando-se na literatura pertinente ao assunto (acreditação hospitalar), a proposta deste trabalho é abordar o seguinte problema: *Tendo sido detectada uma anormalidade na rotina de um serviço hospitalar, como as ferramentas de qualidade podem ajudar a solucionar a referida anormalidade?*

1.4. OBJETIVOS

O presente trabalho tem por objetivo principal mostrar que a utilização das ferramentas de qualidade oferecidas pela metodologia da acreditação hospitalar pode ter grande valor para um bom gerenciamento das atividades realizadas dentro de qualquer setor de um hospital.

1.5. QUESTÕES DE ESTUDO

Para alcançar o objetivo deste estudo foram enumeradas as seguintes questões de estudo:

- Qual o percentual de cirurgias agendadas que não são realizadas?
- Quais as causas mais freqüentes que contribuem para a não-realização de cirurgias agendadas?
 - Que ferramentas da qualidade são mais adequadas para estudo destas causas?

1.6. JUSTIFICATIVAS

O presente estudo foi realizado a partir da detecção de um problema verificado no Centro Cirúrgico do Hospital XYZ, que é o número significativo de cirurgias agendadas e que são posteriormente suspensas. Como o problema verificado tem relação com a humanização do ambiente hospitalar, com a qualidade dos serviços prestados e, de uma forma mais geral, com a acreditação hospitalar, verificou-se uma grande oportunidade de aprofundamento no assunto.

O cancelamento de uma cirurgia pode representar para o paciente e para a instituição vários inconvenientes, em função do aumento do período de internação, do risco de infecção hospitalar e do aumento de custos para a instituição. Por sua vez, os pacientes também experimentam sensações de frustração e desconforto. Isto porque a hospitalização é responsável pelo afastamento do paciente de seus familiares e sua acomodação em um ambiente bastante impessoal, com rotinas e normas rígidas (ANTONIO; MUNARI; COSTA, 2002).

A vivência da hospitalização pode ser agravada quando envolve a espera por uma intervenção cirúrgica, levando o paciente a experimentar sentimentos de ansiedade pela expectativa quanto aos resultados do ato cirúrgico.

O presente estudo é relevante na medida em que procura mostrar o valor da metodologia da acreditação hospitalar, através da apresentação de uma situação-problema real, verificada no Serviço de Cirurgia do Hospital XYZ. Outros estudos com o mesmo objetivo de melhoria da qualidade, no próprio Hospital XYZ ou em outros hospitais, poderão dar continuidade a esta linha de pesquisa.

1.7. CONTRIBUIÇÃO

O conhecimento produzido a partir do presente estudo terá basicamente três utilidades. Primeiramente, valorizar a importância das informações que podem ser geradas a partir de dados coletados nos mais diversos registros hospitalares. Em segundo lugar, pretende-se estudar as causas dos adiamentos das cirurgias programadas, para correção do problema através do uso das ferramentas da qualidade. Por último, o levantamento das causas possíveis para adiamento de cirurgias permitirá elaborar um instrumento de coleta de dados (ficha de suspensão de cirurgias) detalhado para o estudo e controle das cirurgias suspensas.

2. METODOLOGIA

A *população estudada* constituiu-se de todos os pacientes cujos nomes constam no Livro de Agendamentos de Cirurgias do Hospital XYZ, no período de 01 de outubro de 2005 a 30 de setembro de 2006.

A pesquisa empreendida para a realização deste trabalho pode ser classificada: quanto ao *método*, como fenomenológica e histórica; quanto ao *tipo*, como aplicada, exploratória, documental e de campo; quanto à *técnica*, como coleta documental. O *modelo de análise* foi construído a partir da elaboração de tabelas, de gráficos e de diagramas (DOMINGUES, 2005).

Quanto aos *fins*, a pesquisa é aplicada, pois é motivada pela necessidade de resolver problemas concretos, mais imediatos ou não. Possui finalidade prática. O autor do estudo apresenta uma situação-problema e as possíveis ferramentas para diagnosticar as causas e propor soluções (VERGARA, 2004).

Quanto aos *meios*, a pesquisa é documental, uma vez que é realizada a partir de documentos (livro para registro de agendamentos). A partir da coleta dos dados, procede-se à análise das causas para o cancelamento de cirurgias, e são propostas possíveis estratégias para solução do problema (VERGARA, 2004).

3. RESULTADOS

Os principais resultados encontrados neste estudo se referem ao percentual de cirurgias agendadas e que não são realizadas, às causas que contribuem para a

não-realização das cirurgias agendadas, e às ferramentas da qualidade mais adequadas para o estudo das causas.

Para a compreensão dos resultados faz-se necessário explicar o processo de internação hospitalar no Hospital XYZ para fins de realização de uma cirurgia.

Primeiramente, o paciente faz uma consulta em nível ambulatorial com um cirurgião, onde é diagnosticada uma doença que necessite de intervenção cirúrgica. Nesta consulta inicial são solicitados exames pré-operatórios e o paciente é encaminhado para avaliação do risco cirúrgico, geralmente realizado por um cardiologista. Após realização dos exames laboratoriais pré-operatórios e da avaliação do risco cirúrgico, o paciente retorna para uma segunda consulta com o cirurgião. Estando os exames normais, é feita uma solicitação de agendamento. Este agendamento é realizado por pessoal da enfermagem do Centro Cirúrgico, que por sua vez, entrega um encaminhamento por escrito ao paciente onde consta a data e a hora na qual ele deve ser internado. Com este encaminhamento, o paciente dirige-se ao Posto Médico de Pronto-Atendimento, na véspera ou no mesmo dia da cirurgia, para ser internado.

Como será visto adiante, o processo de internação/cirurgia necessita do comparecimento do paciente na data marcada, da equipe cirúrgica completa (cirurgião, anestesista, cirurgião-auxiliar, auxiliares de enfermagem), da presença de materiais específicos para a cirurgia, do funcionamento de aparelhos de esterilização (autoclave) de aspiração, entre outros. Se o paciente, apesar de ter sido internado, apresentou um imprevisto (resfriado, alterações metabólicas, por exemplo), a cirurgia pode ser remarcada para uma data posterior. Desta forma, vários são os fatores que concorrem para a realização de uma cirurgia ou que, por outro lado, podem adiá-la.

O Centro Cirúrgico do Hospital XYZ conta com três salas de cirurgia e uma sala de recuperação pós-anestésica. A Clínica Cirúrgica, no período abrangido pelo estudo, contava com:

- *Cirurgiões:* 15 *Ortopedistas (05); Obstetras (04); Urologistas (03); Geral (02); Vascular (01);*
- *Anestesistas:* 03;
- *Enfermeiros:* 01;
- *Auxiliares de enfermagem:* 10.

Para as cirurgias de urgência, os integrantes da Clínica Cirúrgica cumprem escalas de sobreaviso. Para as cirurgias eletivas, o processo se faz através do agendamento.

3.1. PERCENTUAL DE CIRURGIAS AGENDADAS QUE NÃO SÃO REALIZADAS NO HOSPITAL XYZ

No período abrangido pelo estudo foram agendadas 335 cirurgias no Centro Cirúrgico do Hospital XYZ. Deste total de agendamentos, 55 (16,4%) cirurgias não foram realizadas na data prevista. Estes dados foram retirados do Livro de Marcação de Cirurgias existente no Centro Cirúrgico. O gráfico 01 mostra a distribuição mensal dos agendamentos e cancelamento das cirurgias. O número de cirurgias agendadas variou mensalmente entre 20 e 46, bem como o número de cancelamentos, que variou entre nenhum a oito por mês.

O gráfico 02 mostra a quantidade de cancelamentos de cirurgias em termos percentuais, ou seja, a *taxa geral de suspensão de cirurgias*. Define-se taxa de suspensão de cirurgia como o número de cirurgias suspensas dividido pelo total de cirurgias programadas em determinado período e multiplicado por 100¹ (MINISTÉRIO DA SAÚDE *apud* PASCHOAL e GATTO, 2006).

Deve ser observado que as cirurgias agendadas de que trata o presente estudo são cirurgias programadas, de caráter eletivo. Não estão aí incluídas as cirurgias de urgência, nas quais a intervenção deve ser imediata, não sendo, portanto, registradas no Livro de Agendamento de Cirurgias.

3.2. CAUSAS QUE CONTRIBUEM PARA A NÃO-REALIZAÇÃO DAS CIRURGIAS AGENDADAS

O gráfico 03 mostra a distribuição de 38 causas que levaram ao cancelamento de cirurgias no Hospital XYZ, no período abrangido pelo estudo. Para não houvesse distorção dos resultados obtidos, foram excluídas 17 causas de

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde**. 2^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1978.

cancelamento não-explicitadas no Livro de Agendamento de Cirurgias (30,9% das 55 cirurgias suspensas).

Verifica-se que a maioria das causas (57,9%) de suspensão das cirurgias no Hospital XYZ está relacionada com o paciente: intercorrência verificada durante a internação, solicitação pelo paciente ou familiares para adiar a cirurgia ou o não-comparecimento do paciente para internação. Em seguida, com 28,9% das causas, estava a impossibilidade do cirurgião comparecer. Falta de material/equipamento correspondeu ao 3º grupo de causas, com 7,9% do total.

3.3. FERRAMENTAS DA QUALIDADE MAIS ADEQUADAS PARA O ESTUDO DAS CAUSAS

Dentre as sete ferramentas básicas da qualidade, duas se mostraram apropriadas para a avaliação do problema de desmarcação de cirurgias e atuação corretiva sobre este problema: o *diagrama de causa e efeito* (de Ishikawa) e o *diagrama de Pareto*.

3.3.1. Diagrama de Ishikawa

Considerando que o efeito é a realização de uma determinada cirurgia, os diversos fatores que podem influir no resultado final (realização ou não da cirurgia) são descritos abaixo, com relação ao Hospital XYZ:

a. *Mão-de-obra* é composta pelos integrantes da equipe cirúrgica (cirurgião, cirurgião-auxiliar, anestesista, auxiliar) e a enfermagem. Este item correspondeu a 12 das 38 (31,6%) suspensões de cirurgias no Hospital XYZ no período considerado;

b. *Métodos* incluem o modo como o paciente é conduzido desde as consultas de ambulatório até o término da cirurgia. O pedido de adiamento pelo paciente/familiares, as intercorrências durante a internação e a falta de exames pré-operatórios podem ser incluídos neste tópico. Respondeu por 19 dos 38 (50,0%) das causas apuradas de cancelamento de cirurgias;

c. *Meio-ambiente* inclui as diversas variáveis que podem concorrer para que o paciente não chegue a ser internado (tabela 3). No presente estudo, foi o fator responsável pelo adiamento de quatro cirurgias (10,5%);

d. *Material* inclui equipamentos cirúrgicos. Sua falta respondeu por dois adiamentos (5,3%);

e. *Máquinas* incluem autoclaves, aspiradores de secreção etc. Um adiamento de cirurgia (2,6%) ocorreu porque a autoclave apresentava-se com defeito.

3.3.2. Diagrama de Pareto

A distribuição das causas de suspensão das cirurgias é mostrada na tabela 01. Pode ser observado que as três primeiras causas de suspensão (37,5% das oito causas) correspondem a 76,3% das 38 cirurgias suspensas.

Este diagrama mostra que a *impossibilidade do cirurgião comparecer* foi a causa de suspensão de cirurgias mais freqüentes no Hospital XYZ, no período considerado. Este resultado indica que uma intervenção de caráter administrativo poderia reduzir a contribuição desta variável para a ocorrência do problema (efeito) considerado.

A mesma distribuição da tabela 01 é mostrada no diagrama de Pareto (gráfico 04).

4. DISCUSSÃO

A pesquisa realizada no Centro Cirúrgico do Hospital XYZ demonstra que a busca ativa de fatores que possam estar interferindo com a qualidade no atendimento médico-hospitalar pode detectar anormalidades na prestação de um determinado serviço. O problema do adiamento/suspensão de cirurgias foi escolhido porque é um tema que vem despertando interesse de diversos pesquisadores.

Um estudo realizado em um hospital universitário no município de São Paulo em um período de três meses mostrou uma taxa geral de suspensão de cirurgias de 19,91% (PASCHOAL e GATTO, 2002). As causas encontradas pelos autores são mostradas na tabela 01.

Outros trabalhos citados na literatura mostram até 27,33% de taxa de suspensão de cirurgias (GATTO, 1996 *apud* PASCHOAL e GATTO, 2002).

A tabela 02 compara as causas, em termos percentuais, de cirurgias suspensas do Hospital XYZ e do referido hospital universitário, citado acima.

Existem diferenças importantes entre os dois hospitais: no Hospital XYZ, “as anormalidades na condição clínica”, “solicitação de adiamento pelo paciente” e a “impossibilidade do cirurgião comparecer” se sobressaíram como as principais causas de suspensão de cirurgias. *Ausência do paciente no dia programado* foi preponderante no hospital universitário. No Hospital XYZ, a baixa frequência de ausência do paciente no dia programado pode ser decorrente das minuciosas orientações que o paciente recebe desde a primeira consulta no ambulatório de cirurgia.

As *anormalidades nas condições clínicas* não foram especificadas no Livro de Agendamento de Cirurgias, porém geralmente se devem a problemas relacionados a diabetes ou hipertensão arterial.

A *solicitação para adiamento pelo próprio paciente*, da mesma forma, não especifica os motivos. O trabalho de um psicólogo e de um assistente social junto aos pacientes candidatos a cirurgia poderia diminuir a frequência desta variável.

Quanto à *impossibilidade do cirurgião comparecer*, cujos motivos não estavam registrados no Livro de Agendamentos de Cirurgias, pode ser devido a necessidade de realizar uma outra cirurgia de maior complexidade naquele mesmo momento (PASCHOAL e GATTO, 2002).

As causas de *ausência no dia programado* foram detalhadas pelo estudo realizado no hospital universitário (PASCHOAL e GATTO, 2002). Os resultados deste trabalho são mostrados na tabela 03.

Não há registro dos motivos que levaram ao não-comparecimento dos pacientes ao Hospital XYZ para internação e cirurgia. O não-registro dos motivos que originaram as causas principais de suspensão das cirurgias compromete uma investigação mais aprofundada, inclusive para a realização do Diagrama de Ishikawa, uma das ferramentas para avaliação da qualidade.

Todos estes dados colhidos no Livro de Agendamento de Consultas devem ser analisados com muita atenção. Pode ter havido uma grande variabilidade para descrever o mesmo tipo de situação devido à inexistência de normatização para o preenchimento do Livro.

No Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, o *controle estatístico de causas das cirurgias suspensas* é um item de verificação constante no nível 02. Portanto, haveria necessidade de um controle estatístico mais minucioso e rigoroso,

através do preenchimento de uma ficha de justificativa para suspensão das cirurgias, para detectar e resolver as causas que levam ao problema principal.

Mas o que são as ferramentas de qualidade? Na verdade, são técnicas utilizadas com a finalidade de definir, mensurar, analisar e propor soluções para os problemas que interferem no bom desempenho dos processos de trabalho. As técnicas utilizadas no presente estudo (diagrama de causa e efeito/Ishikawa e diagrama de Pareto) são utilizadas ainda na *fase de planejamento* para a solução de um problema. O diagrama de Ishikawa identifica, explora, ressalta, mapeia fatores que se julga afetar um problema. Por sua vez, o diagrama de Pareto permite determinar os problemas a resolver e principalmente, a prioridade (MALIK e SCHIESARI, 1998). Através do roteiro constante no Diagnóstico Organizacional Simplificado (DOS) é possível selecionar problemas dentro do hospital, para os quais então são utilizadas as ferramentas de qualidade. O capítulo deste instrumento de verificação, referente ao Centro Cirúrgico, é mostrado no anexo B desta monografia.

Pela análise do diagrama de causa e efeito (figura 02) pode-se observar que “métodos” foi a causa principal, contribuindo para 50% das suspensões de cirurgias no Hospital XYZ. Como visto, “métodos” incluem: pedido de adiamento pelo paciente, intercorrências, e falta de exames pré-operatórios. Uma intervenção da equipe médica e de enfermagem junto aos candidatos a cirurgia para prevenir estes imprevistos resolveriam 50% do problema principal.

O gráfico 04 (diagrama de Pareto) e a tabela 01 mostram a mesma situação: que 37,5% das causas estão respondendo por 76,2% das cirurgias suspensas. Este problema seria resolvido em grande parte se houver um trabalho de prevenção de imprevistos relacionados ao cirurgião e ao paciente.

A finalidade dos diagramas de Pareto e de Ishikawa é basicamente esta: identificar a prioridade número 01, por sua maior freqüência em relação às demais causas, e reduzir sua incidência bem como do problema principal, através de esforços mais concentrados.

O hospital tem participação na definição dos principais processos e no gerenciamento do desempenho destes processos. Se o processo possui indicadores para monitorá-lo, então as não-conformidades podem ser identificadas e corrigidas (AUTORES DIVERSOS, 2002). Isto quer dizer que a utilização de indicadores, tais

como o *número de cirurgias suspensas por fatores extrapaciente*, são de grande valor na manutenção da qualidade do processo (cirurgia).

Também é importante mencionar que um atuante sistema de informações gerenciais, definido como o processo de transformação de dados em informações que são utilizadas na estrutura decisória da empresas, permite entre outros benefícios, uma melhoria nos serviços realizados e oferecidos e uma otimização na prestação dos serviços aos clientes (OLIVEIRA, 1999).

A adoção de um programa de qualidade é altamente desejável, porém existem nas organizações hospitalares especificidades de natureza econômica e cultural que podem dificultar a introdução destes programas: as leis de mercado não se aplicam bem ao setor saúde tendo em vista as necessidades humanas que se impõem apesar dos custos de produção ou valor de mercado; ainda não existe uma concorrência bem formada; uma rígida padronização do processo de trabalho em saúde devido à variabilidade da assistência demandada; os clientes, leigos no assunto, têm dificuldades em exercer suas opções de consumo, pois não possuem capacidade para julgar os tratamentos; dificuldade para o controle prévio da qualidade, pois o consumo do serviço é imediato à produção; grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos; a categoria dos médicos apresenta forte resistência aos programas pelo sentimento de estar sendo fiscalizada e na conduta clínica face o controle externo (GURGEL JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

No entanto, a intervenção dos programas não se faz diretamente sobre o ato médico. Os programas de qualidade visam os processos administrativos da organização hospitalar e a gestão profissionalizada, para se alcançar qualidade nestes serviços. Os objetos destes programas são os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte, manutenção) e outros serviços que garantem o funcionamento dos setores operacionais (equipe médica e de enfermagem). O instrumental estatístico desenvolvido para monitorização da qualidade, aliado ao instrumental da epidemiologia dos serviços de saúde, constituem-se em importantes ferramentas de gestão, podendo contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade da assistência (DONABEDIAN *apud* GURGEL JÚNIOR e VIEIRA, 2002).

Por fim, quando se fala em qualidade, sempre vale lembrar a *reação em cadeia de Deming* (figura 03): uma melhoria inicial na qualidade conduz, pela

diminuição dos custos (devido a menos erros e menos trabalho refeito) e pelo melhor uso do tempo e dos materiais, a um aumento da produtividade e maior motivação dos profissionais, o que tende a aumentar ainda mais a qualidade dos serviços prestados (SCHOLTES *apud* ROJO, 1998).

Com sua atenção voltada para os desejos e hábitos dos clientes, o controle da qualidade procura antecipar-se às possíveis reclamações através da implementação de medidas necessárias e eficazes para atingir os padrões almejados (MOLIK e SCHIESARI, 1998).

5. CONCLUSÃO

Foi verificada no Hospital XYZ uma taxa de cancelamento de cirurgias de 16,4%, correspondendo a 55 cancelamentos num total de 335 cirurgias agendadas. O ideal seria que não houvesse cancelamentos nem adiamentos de cirurgias pelos problemas que podem advir tanto para os pacientes quanto para o hospital, como discutido anteriormente. No entanto, o problema do cancelamento pode ocorrer pelos mais diversos motivos inerentes à realização do ato cirúrgico, muitos dos quais constituem imprevistos de última hora.

A taxa de suspensão de cirurgias agendadas é um indicador utilizado para medir a eficiência de um Serviço de Cirurgia através do tempo ou entre instituições diferentes. Algumas referências bibliográficas citam que a referida taxa em outras instituições pode alcançar patamares mais elevados em relação ao que foi verificado no Hospital XYZ.

No estudo empreendido no Centro Cirúrgico, foram utilizadas ferramentas da qualidade, tais como os diagramas de Ishikawa e de Pareto, com vistas à análise das causas que estariam concorrendo para o cancelamento das cirurgias. A *impossibilidade do comparecimento do cirurgião* foi a causa mais freqüente, porém logo seguida das *intercorrências com os pacientes*, verificadas durante o período de internação. A detecção dos fatores mais influentes na determinação de um problema constitui-se na finalidade da utilização das diversas ferramentas da qualidade. Geralmente, a utilização destes instrumentos se dá na fase de planejamento de um programa de melhoria da qualidade de um processo, de um serviço, de um hospital etc.

Foi verificado também que falta um maior detalhamento das causas que concorreram para o cancelamento das 55 cirurgias no período compreendido pelo estudo. A falta de uma maior especificação quanto às causas pode prejudicar na avaliação dos possíveis focos de ação por parte dos administradores hospitalares. Uma das possibilidades advindas deste estudo é a elaboração de uma *Ficha de Avaliação das Causas de Suspensão de Cirurgias*. Esta ficha será de grande valia para posteriores avaliações deste indicador.

Como referido na revisão de literatura, a acreditação hospitalar tem função educativa, estimulando os profissionais a buscarem continuamente a melhoria de qualidade, visando acima de tudo as expectativas dos clientes. O processo de acreditação jamais deverá ter como finalidade depreciar um Serviço ou hospital. Os objetivos dos programas de acreditação incluem a racionalização dos processos realizados dentro hospital, com a possibilidade de reduzir custos e aumentar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

No setor saúde, os programas de qualidade enfatizam a avaliação das condições dos hospitais, focalizando na infra-estrutura, nos processos e nos resultados. Sua metodologia, baseada em modelos prévios, está restrita ao posicionamento e diagnóstico das organizações. No entanto, *a identificação de problemas constitui-se apenas no primeiro passo na busca da qualidade dos serviços*. Muitas vezes, os elementos necessários para a melhoria da qualidade encontram-se além dos manuais de acreditação hospitalar, os quais identificam apenas os problemas, mas não indicam uma metodologia gerencial para a busca de soluções.

Para a implementação eficaz de programas de qualidade dentro de organizações hospitalares, e na busca da acreditação hospitalar, faz-se necessário um diagnóstico prévio das necessidades do hospital. Importa conhecer a cultura organizacional vigente e a percepção que os diversos “atores” que atuam no ambiente hospitalar possuem sobre conceitos como eficiência e qualidade. Não basta impor um modelo de qualidade, importado diretamente de outro hospital, somente porque “lá funciona”. Neste aspecto, cada hospital representa um paciente único, a ser tratado de forma única, sob pena de insucesso terapêutico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde.** Revista Saúde Pública, v. 38, n. 2, 2004. p. 335-6. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2006.

ANTONIO P. S.; MUNARI D. B.; COSTA H. K. **Fatores geradores de sentimentos do paciente internado frente ao cancelamento de cirurgias.** Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line), Goiânia, v. 4, n. 1, p. 33-9, 2002. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_1/Pdf/Fatores.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2006.

AUTORES DIVERSOS. **Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar.** Manual de orientação aos hospitais participantes. 3ª ed. São Paulo: ATHENEU, 2002. 258 p.

DOMINGUES C. A. **Metodologia da Pesquisa:** elaboração de artigos científicos em ciências militares. Rio de Janeiro: Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais, 2005. 59 p.

FERREIRA E. **Metodologia para análise e solução de problemas.** Disponível em: <http://www.gerenciamento.ufba.br/Disciplinas_arquivos/M%C3%B3dulo%20XVI%20Ferramentas/Ferramentas%20da%20Qualidade.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2006.

GURGEL JÚNIOR G. D.; VIEIRA M. M. **Qualidade total e administração hospitalar:** explorando disjunções conceituais. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-34, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10251.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2006.

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. Série Saúde & Cidadania. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume03.pdf>.

Acesso em: 10 de agosto de 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 159 p.

OLIVEIRA D. P. R. **Sistema de Informações Gerenciais**: estratégicas, táticas, operacionais. 7ª ed. São Paulo: ATLAS, 2001. 285 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **DOS – DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL SIMPLIFICADO**. Disponível em:

<<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 10 de agosto de 2006.

PASCHOAL M. L. H.; GATTO M. A. F. **Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada**. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 14, n. 1, p. 48-53, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a07.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2006.

ROJO F. J. G. **Qualidade total**: uma nova era para os supermercados. Revista de Administração de Empresas. São Paulo: v. 38, n. 4, p. 26-36, out/dez 1998. Disponível em: <<http://www.rae.com.br/artigos/24.pdf>> Acesso em: 10 de agosto de 2006.

SCHIESARI L. M. C.; KISIL M. **A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros**. Revista de Administração em Saúde, v. 5, n. 18 – Jan-Mar, 2003.

Disponível em:

<http://www.apm.org.br/adm/cqh/arquivos/2005_7_21_RAS18_Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20qualidade.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2006.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 7ª ed. São Paulo: ATLAS, 2004. 96 p.

7. APÊNDICES

7.1. APÊNDICE A: Gráficos

gráfico 01 – Distribuição mensal dos agendamentos/cancelamentos de cirurgias

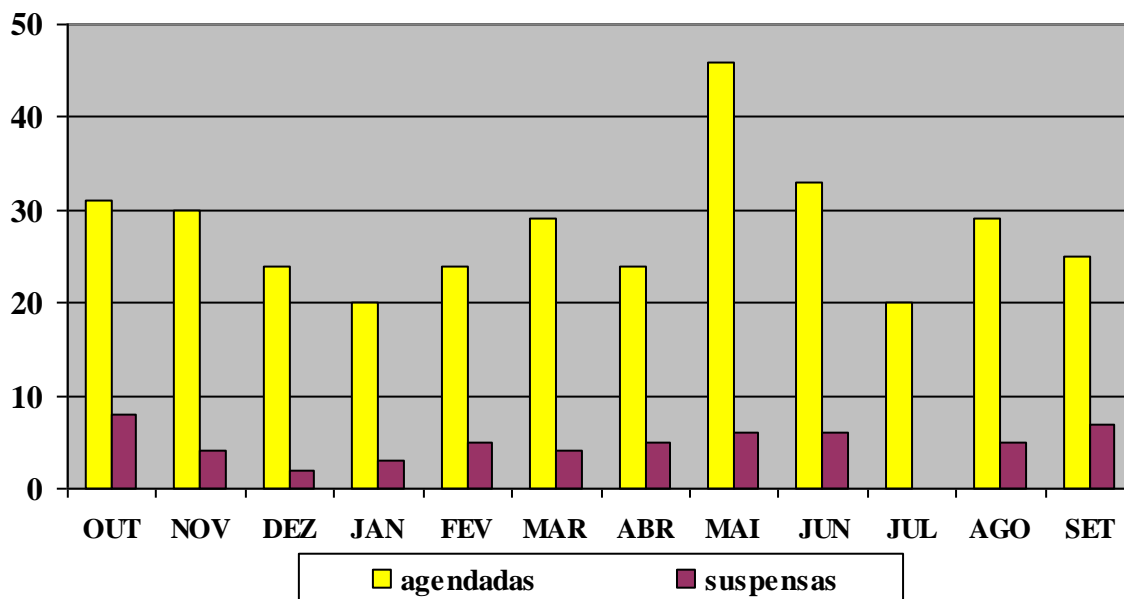


gráfico 02 – Taxa geral mensal de suspensões de cirurgias

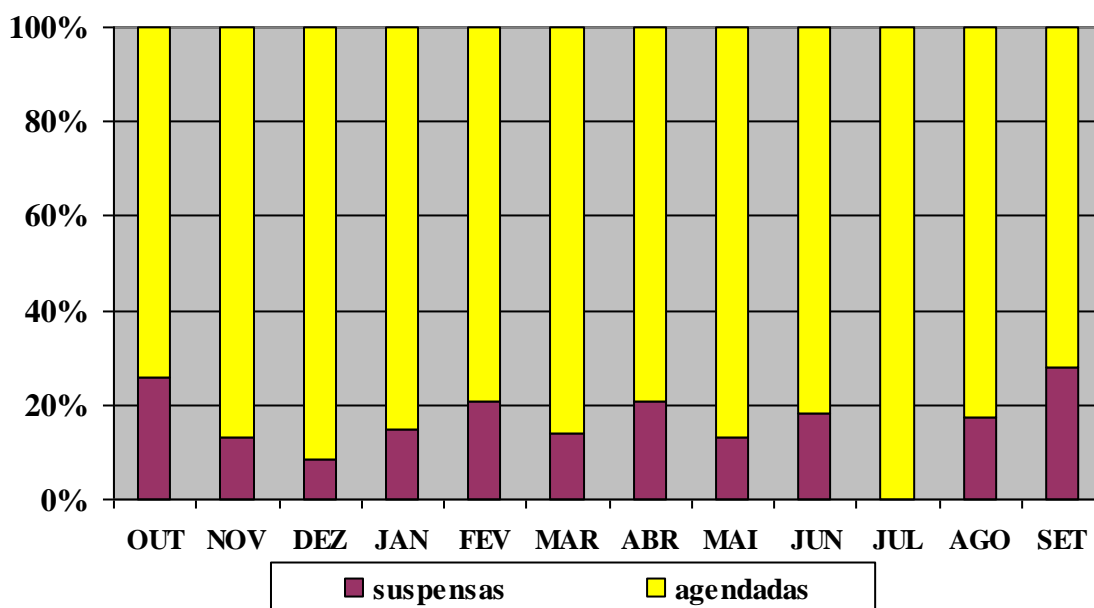


gráfico 03 – Motivo de suspensão de cirurgias

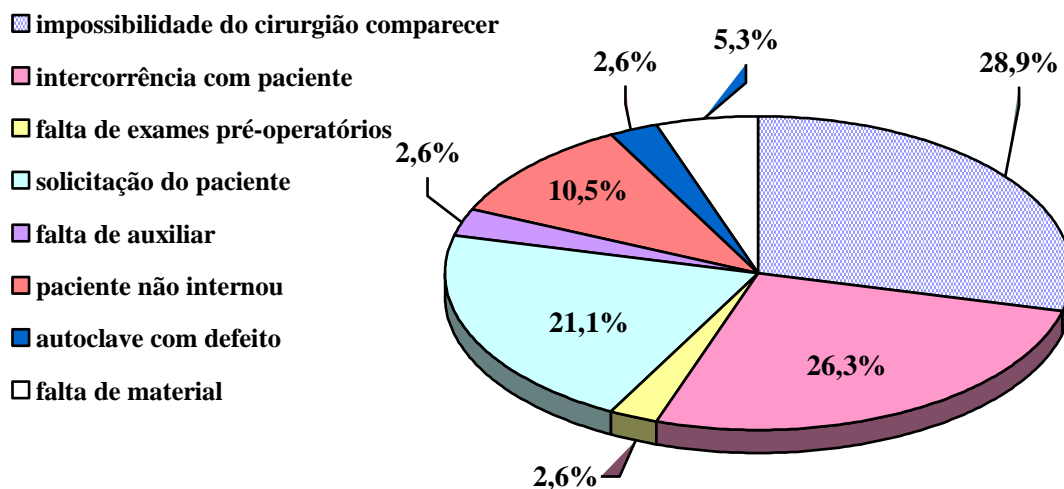
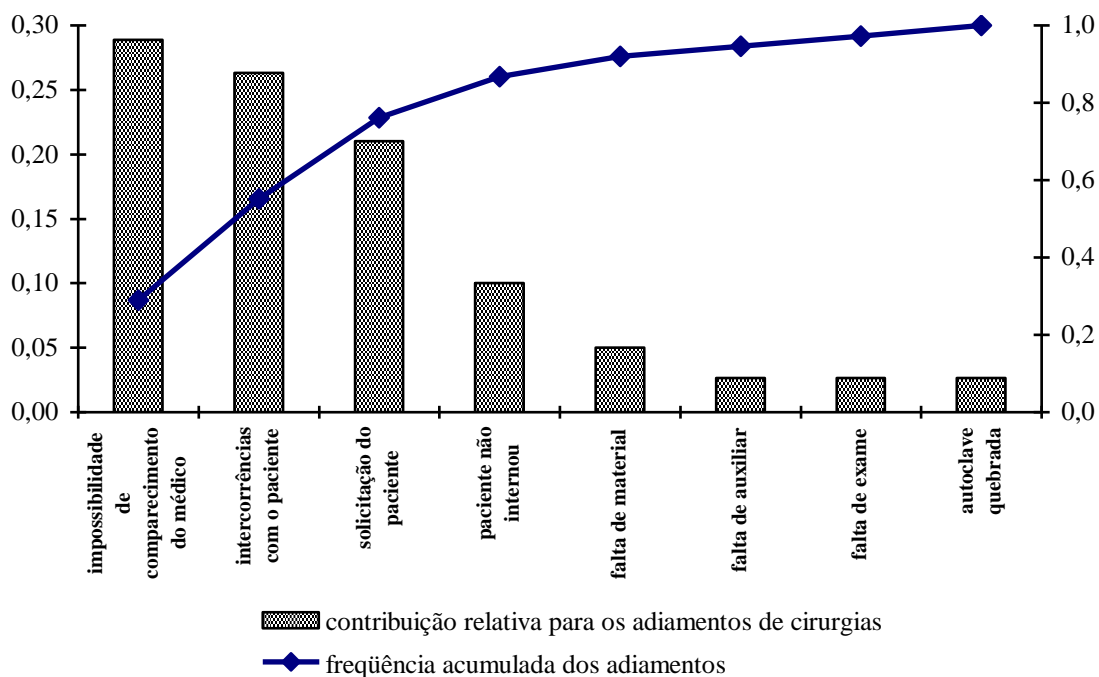


gráfico 04 – Diagrama de Pareto: causas de suspensão de cirurgias



7.2. APÊNDICE B: Tabelas

Tabela 01 – Causas de cirurgias suspensas em um hospital universitário

Causas	Frequência	percentual
1. <i>Ausência no dia programado</i>	101	54,30
2. <i>Anormalidades na condição clínica</i>	30	16,13
3. <i>Erro no agendamento</i>	12	6,45
4. <i>Falta de vaga na UTI</i>	05	2,69
5. <i>Impossibilidade do cirurgião comparecer</i>	11	5,91
6. <i>Impossibilidade de formar a equipe cirúrgica</i>	04	2,15
7. <i>Falta de preparo adequado</i>	13	6,99
8. <i>Falta de equipamento ou material</i>	06	3,23
9. <i>não-especificado no texto</i>	04	2,15
Total	186	100,00

Tabela 02 – Comparação de cirurgias suspensas em dois hospitais

Causas de cirurgias suspensas	H. XYZ (%) n = 38	HU (%) n = 186
1. <i>Ausência do paciente no dia programado</i>	10,53	54,30
2. <i>Anormalidades na condição clínica</i>	26,32	16,13
3. <i>Erro no agendamento</i>	-	6,45
4. <i>Falta de vaga na UTI</i>	-	2,69
5. <i>Impossibilidade do cirurgião comparecer</i>	28,95	5,91
6. <i>Impossibilidade de formar a equipe cirúrgica</i>	2,63	2,15
7. <i>Falta de preparo adequado</i>	-	6,99
8. <i>Falta de equipamento ou material</i>	7,89	3,23
9. <i>Outras causas</i>	23,68	2,15
Total	100,00	100,00

OBS: o defeito na autoclave (01 caso no Hospital XYZ) foi incluído como “falta de equipamento”; solicitações de adiamento pelo paciente/familiares (08 casos no Hospital XYZ) e a falta de exames pré-operatórios (01 caso no Hospital XYZ) foram incluídos como “outras causas”.

Tabela 03 – Causas de ausência no dia programado para cirurgia: hospital universitário

Motivos do não-comparecimento	total	%
1. <i>Desconhecimento da data</i>	11	18,33
2. <i>Infecção de vias aéreas</i>	09	15,00
3. <i>Outras doenças</i>	08	13,33
4. <i>Alteração da data</i>	07	11,67
5. <i>Falta de vaga</i>	07	11,67
6. <i>Outros motivos</i>	06	10,00
7. <i>Dificuldade de internação</i>	04	6,67
8. <i>Desistência</i>	03	5,00
9. <i>Falta de exame pré-operatório</i>	03	5,00
10. <i>Problema trabalhista</i>	02	3,33
total	60	100,00

Tabela 04 – Causas de suspensão das cirurgias: Hospital XYZ

Causas	% das causas	Freqüência acumulada dos cancelamentos
<i>Impossibilidade do cirurgião comparecer</i>	12,5	28,9%
<i>Intercorrência com o paciente</i>	25,0	55,2%
<i>Solicitação do paciente/familiares</i>	37,5	76,2%
<i>Não-comparecimento do paciente</i>	50,0	86,7%
<i>Falta de material cirúrgico</i>	62,5	92,0%
<i>Autoclave com defeito</i>	75,0	94,6%
<i>Falta de exame pré-operatório</i>	87,5	97,2%
<i>Falta de auxiliar</i>	100,00	100,00%

8. ANEXOS

8.1. ANEXO A: Figuras

Figura 01 – Ciclo PDCA

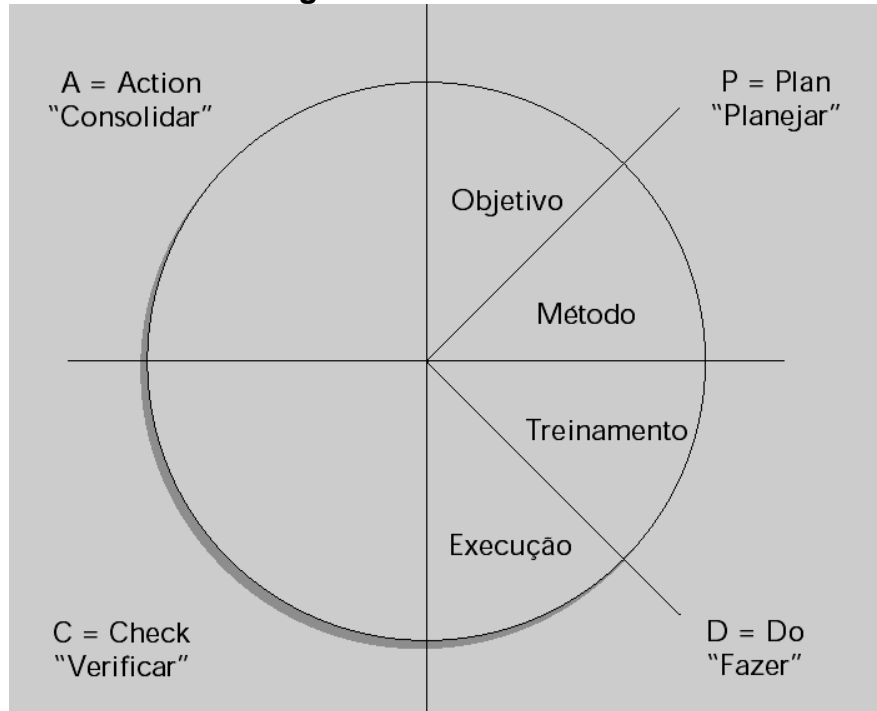


Figura 02 – Diagrama de Ishikawa

Diagrama de causa e efeito ou espinha de peixe

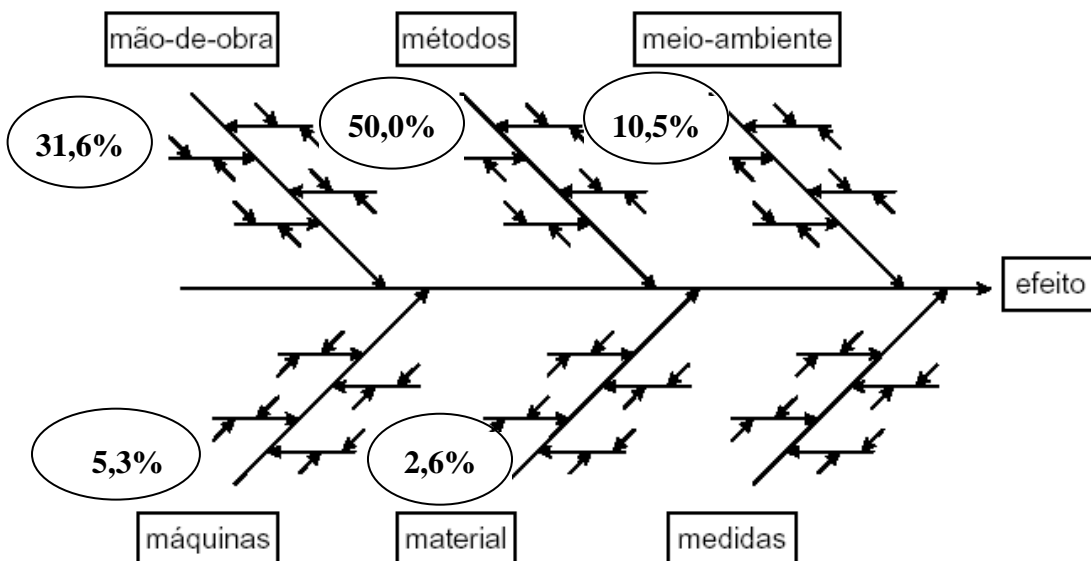
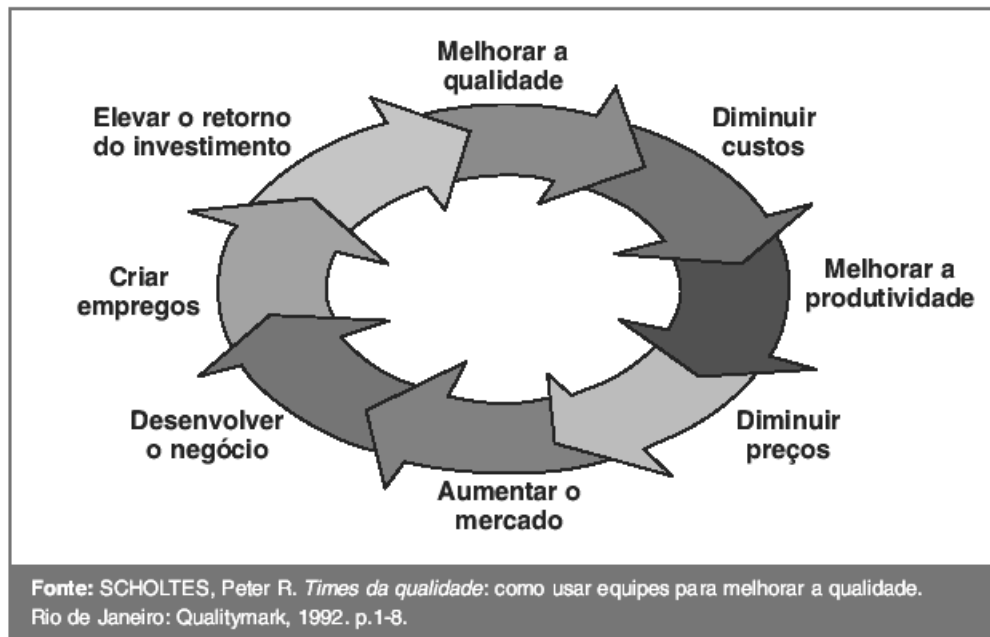


Figura 03 – Reação em cadeia de Deming.



8.2. ANEXO B – DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL SIMPLIFICADO: CENTRO CIRÚRGICO

<p>Organização Nacional de Acreditação</p>	DOS Diagnóstico Organizacional Simplificado	DATA DE INÍCIO:	AUDITORIA Nº
	SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE	DATA DE TÉRMINO:	FOLHA 30
CENTRO CIRÚRGICO		NR: MH 3/5.1a	
1. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL		Sim	Não
Padrão A Organização conta com instalações adequadas para a atenção e cuidados aos clientes/ pacientes, dispondo de Responsável Técnico habilitado para a condução do serviço.		()	()
Itens de Orientação <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¹Equipe multiprofissional habilitada. () () ▪ Programa diário de cirurgias e definição dos critérios para atendimento de emergência cirúrgica homologados pelo Médico Responsável. () () ▪ ²Enfermeiro responsável elabora o programa de cirurgias, prevê recursos, acompanha e registra os procedimentos. () () ▪ Escala de profissionais adequada à programação cirúrgica e recuperação pós-anestésica, e que contemple as emergências. () () ▪ ³Instalações compatíveis com os procedimentos cirúrgicos realizados. () () ▪ ⁴Estrutura adequada para a recuperação pós-anestésica. () () ▪ ⁵Procedimentos de anti-sepsia do paciente no Centro Cirúrgico. () () ▪ Sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos do Centro Cirúrgico. () () 			
2. LEGISLAÇÃO A SER CONSIDERADA			
¹ Art.1º da Resolução do CFM nº. 1490/1998. ² Art. 2º da Resolução do COFEN nº. 302/2005. ³ RDC/Anvisa nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações. ⁴ RDC/Anvisa nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações ⁴ Art.2º parágrafos VI, VII e VIII da Resolução do CFM nº. 1363/1993. ⁵ Item 3.6 do Anexo I da Portaria nº. 2616, de 12 de maio de 1998.			
3. DESCRIÇÃO DAS NÃO-CONFORMIDADES ENCONTRADAS			
4. OBSERVAÇÕES A SEREM CONSIDERADAS			

 Organização Nacional de Acreditação	DOS Diagnóstico Organizacional Simplificado	DATA DE INÍCIO:	AUDITORIA Nº
	SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO PACIENTE/CLIENTE	DATA DE TÉRMINO:	FOLHA 31
CENTRO CIRÚRGICO		NR: MH 3/5.1b	
1. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL		Sim	Não
Padrão As áreas apresentam condições de conforto e segurança que contribuem para a boa assistência prestada por profissionais habilitados.		()	()
Itens de Orientação <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos e correlatos e equipamentos compatíveis com os procedimentos cirúrgicos realizados. () () ▪ ¹Normas de limpeza e desinfecção do centro cirúrgico. () () ▪ ²Acionamento das torneiras sem o uso das mãos. () () ▪ ³Local específico para a guarda de equipamentos. () () ▪ ⁴Vestiários, paramentação e uso de EPI's apropriados para o serviço. () () ▪ Sistemática de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos. () () ▪ ⁵Cumprimento das normas da Comissão de Controle de Infecção. () () 			
2. LEGISLAÇÃO A SER CONSIDERADA			
¹ Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde – Ministério da Saúde – Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. 2ª. Edição – 1994. ² RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações. ³ RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações. ⁴ Itens 6.2, 6.3.1, 6.6 e 6.7 da NR 06. ⁵ Anexo I da Portaria/MS nº. 2616, de 12 de maio de 1998.			
3. DESCRIÇÃO DAS NÃO-CONFORMIDADES ENCONTRADAS			
4. OBSERVAÇÕES A SEREM CONSIDERADAS			