

GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

Jairo Siqueira¹

RESUMO

Este artigo apresenta a aplicação das técnicas e ferramentas da Gestão da Qualidade na melhoria de processos em seis hospitais públicos. Aborda a estratégia e a metodologia usada para superar uma cultura e ambiente altamente resistentes a mudanças e engajar os profissionais da saúde no ataque às causas de mau atendimento, erros, atrasos e desperdícios. Apresenta alguns resultados de melhorias de qualidade e produtividade alcançadas pelas equipes dos hospitais.

Palavras-chave: qualidade, produtividade, hospital, saúde

XI Encontro de Gestão Sistêmica – 7 e 8 de novembro de 2002 – São Paulo, SP

¹ Superintendente de Qualidade e Desenvolvimento Institucional

IBQN – Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear

Email: jsiqueira@ibqn.com.br

O CENÁRIO

A rede de atendimento à saúde da cidade do Rio de Janeiro é formada pelos hospitais municipais, estaduais e federais. Os hospitais federais são responsáveis por uma importante parcela do atendimento à população da cidade do Rio de Janeiro e municípios vizinhos, não só pela infraestrutura e porte de suas instalações, mas também pela reconhecida competência de seus profissionais. No entanto, devido à falta de uma estrutura gerencial adequada no Ministério da Saúde e interferências políticas na administração dos hospitais, as onze unidades entraram num rápido processo de perda de capacidade operacional, resultando na queda drástica da produtividade e da qualidade dos serviços prestados à população.

O ápice da crise foi atingida em 1998. Os meios de comunicação traziam diariamente notícias sobre as longas filas e insatisfação da população com o atendimento.

Em agosto de 1998, após visita aos hospitais e comprovação dos sacrifícios a que era submetida a população, o Ministro da Saúde tomou a decisão de criar a Coordenação Geral dos Hospitais Federais no Rio de Janeiro e determinou a contratação de empresas de consultoria para cooperar no processo de modernização gerencial das unidades mais críticas e melhoria imediata dos serviços à população.

O IBQN foi convidado a participar dos esforços de modernização gerencial dos Hospitais da Lagoa, Bonsucesso e Andaraí, tendo depois expandido sua atuação para os Hospitais de Ipanema, Nova Iguaçu e Curicica. A escolha do IBQN decorreu da bem sucedida experiência na implantação da Gestão da Qualidade no Instituto Nacional de Câncer e no Hemorio e em outros hospitais.

O AMBIENTE

De um modo geral, estes hospitais contavam e contam com uma equipe de profissionais capacitados e que, graças a enormes sacrifícios pessoais e orientados pela ética médica, vinham conseguindo contornar parcialmente as dificuldades decorrentes de deficiências estruturais e gerenciais. No entanto, décadas de tentativas frustradas tinham desenvolvido um ambiente fortemente refratário a novas iniciativas de modernização e melhoria. Os obstáculos mais sérios encontrados:

- Isolamento e falta de integração entre diferentes unidades e clínicas.
- Medo de privatização – boatos de que a iniciativa de modernização gerencial acobertava ações para privatizar os hospitais federais.
- Corporativismo.
- Desmotivação e auto-estima muito fraca.
- Desconfiança quanto às intenções e firmeza de propósitos dos gestores.
- Dúvidas quanto à aplicabilidade das técnicas de Gestão da Qualidade nas atividades hospitalares.

A ESTRATÉGIA

Desde o início, ficou claro que o sucesso do programa de modernização gerencial deveria se alicerçar em duas linhas de ações simultâneas:

1. Atacar as causas dos gargalos no atendimento à população e obter resultados imediatos na redução das filas e humanização do atendimento. Foram priorizados os processos de Porta de Entrada, com ênfase especial na Emergência.
2. Atacar as causas das deficiências internas que impediam os médicos e enfermeiras de realizar um trabalho bem feito. A escolha dos processos teve também como objetivo conquistar o apoio e engajamento destes profissionais e mostrar que as técnicas e ferramentas da Gestão da Qualidade se aplicavam ao ambiente hospitalar. Em cada hospital foram selecionados os processos mais críticos na perspectiva de médicos e enfermeiras, tais como o suprimento de materiais (Almoxarifado e Farmácia) e exames (Raio X, Tomografia, Ultrassonografia).

Para apoiar esta estratégia foi iniciado um amplo programa de palestras e cursos com a finalidade de informar, sensibilizar e capacitar no uso das técnicas e ferramentas de Gestão da Qualidade e solução de problemas.

A METODOLOGIA

O ambiente e a situação recomendavam a adoção de um modelo metodológico conceitualmente simples, mas suficientemente robusto para responder com clareza e segurança os questionamentos quanto à confiabilidade dos dados usados; validade das análises e conclusões; aplicabilidade e eficácia das recomendações de melhorias. Além disso, deveria se basear no uso das ferramentas clássicas de Melhoria Contínua por sua versatilidade e facilidade de uso.

O modelo adotado teve como ponto de partida a metodologia de Análise e Melhoria de Processos e evoluiu ao longo dos dois anos seguintes em direção ao Modelo DMAIC (Define-Measure-Analyse-Improve-Control) da metodologia Seis Sigma, sem contudo incorporar ferramentas estatísticas sofisticadas. Em resumo, o modelo adotado é constituído de cinco etapas:

- 1. Selecionar** A escolha de projetos de melhoria foi orientada pela identificação do que era crítico para dois grupos de clientes: os cidadãos e os profissionais de saúde (médicos e enfermeiras). Para o primeiro grupo foi identificada a necessidade imediata de agilizar e humanizar o atendimento. Para o segundo grupo, eliminar as causas de falta de materiais e medicamentos e de atrasos, erros e desperdícios nos exames laboratoriais e serviços de apoio. Nesta etapa é realizada também a seleção das equipes de melhoria de processos.

- 2. Mensurar** Nesta etapa a equipe planeja e executa a coleta de dados para avaliar o desempenho atual e estabelecer os indicadores para avaliar os progressos.
- 3. Analisar** A equipe analisa os dados sobre o desempenho passado e atual, procurando identificar as possíveis causas dos resultados insatisfatórios. As hipóteses sobre as possíveis relações entre causas e efeitos são desenvolvidas, testadas e analisadas, usando-se as técnicas e ferramentas estatísticas apropriadas. O objetivo destas análises é identificar e priorizar os fatores que mais impactam o desempenho do processo.
- 4. Melhorar** Nesta etapa a equipe procura gerar alternativas e determinar a melhor solução para eliminar as causas do desempenho insatisfatório. Usando as informações das etapas anteriores e sua criatividade, procura os meios para eliminar erros, gargalos, atrasos, retrabalhos e desperdícios.
- 5. Controlar** A documentação do processo é atualizada e os instrumentos de controle e medição são desenvolvidos, validados e implementados. Durante algum tempo a implementação das melhorias é monitorada e o processo é auditado para assegurar a manutenção e evolução dos benefícios.

O CASO DO CENTRO CIRÚRGICO

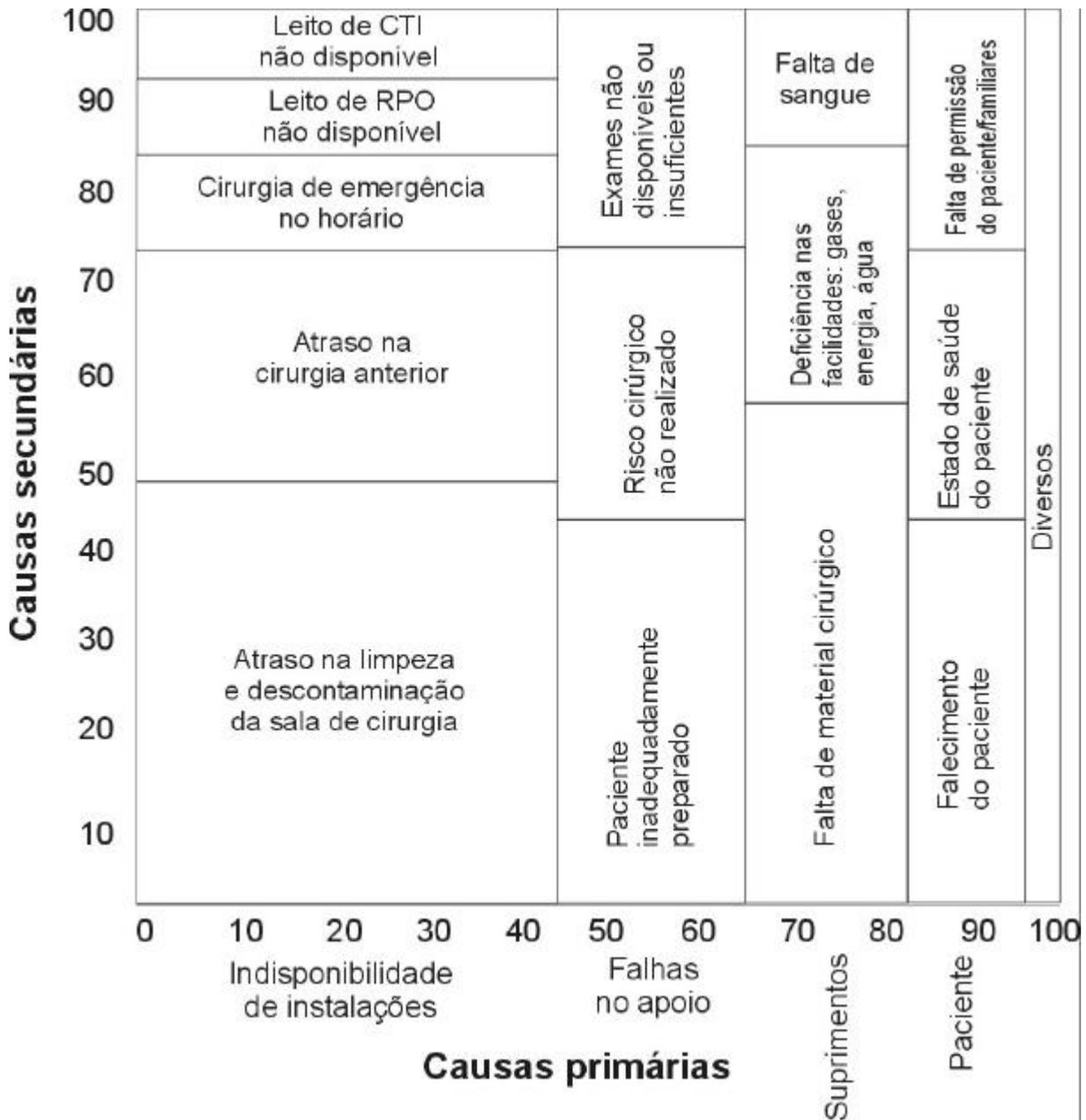
O caso a seguir ilustra a aplicação da metodologia para a melhoria da produtividade do Centro Cirúrgico de um dos hospitais. Este hospital apresentava uma elevada incidência de suspensão de cirurgias com graves conseqüências sobre a saúde dos pacientes e desempenho do hospital. Em 1998 ocorreram 523 suspensões, cerca de 13% do total de cirurgias realizadas (3.993). A análise dos registros do Centro Cirúrgico nos anos de 1997 e 1998 identificou várias causas, apresentadas no gráfico a seguir, agrupadas por afinidade e ordenadas por importância relativa (Duplo Pareto).

No gráfico são mostradas as causas primárias das suspensões, ordenadas por importância:

- Indisponibilidade de instalações, responsável por 44% das suspensões.
- Falhas no apoio, responsáveis por 21% das suspensões.
- Suprimentos, responsável por 19% das suspensões.
- Estado do paciente, responsável por 13% das suspensões.
- Diversos, responsáveis por 3% das suspensões.

Cada uma das causas primárias está dividida em causas secundárias, cuja importância relativa está representada no eixo vertical. A porcentagem de suspensões devida a cada causa secundária é proporcional à área do respectivo retângulo. As seis principais causas representam 70% das suspensões de cirurgias:

- Atraso na limpeza e descontaminação – 23%
- Atraso na cirurgia anterior – 13%
- Falta de material cirúrgico – 12%
- Paciente inadequadamente preparado – 10%
- Risco cirúrgico não realizado – 6%
- Exames não disponíveis ou insuficientes – 6%



Determinadas as prioridades, a equipe do Centro Cirúrgico iniciou articulações com as equipes das outras unidades (Limpeza, Almoxarifado, Farmácia, Enfermaria, Laboratórios, etc) para trabalharem juntas no desenvolvimento e implementação de melhorias dos serviços. Como resultado, a produtividade cresceu cerca de 40%, em relação a 1998, atingindo 5.584 cirurgias em 2000.

OUTROS RESULTADOS

Os resultados a seguir mostram a plena aplicabilidade das técnicas e ferramentas de melhoria contínua ao ambiente hospitalar:

- O tempo de espera para atendimento médico reduzido de 4 horas para 40 minutos.
- Diminuição no tempo de espera para realização de exames no setor de imagens:

	<u>Antes</u>	<u>Depois</u>
Raio X	2 semanas	24 horas
Tomografia Computadorizada	1 mês	1 semana
Ultrassonografia	3 meses	1 mês

- Diminuição de 30% no consumo de filmes usados em exames de Raio X e Tomografia Computadorizada, pela eliminação de desperdícios.
- Melhoria no atendimento aos usuários da Endoscopia Digestiva. O tempo de espera para realização de exames diminuiu de 30 dias para 1 semana.
- Diminuição em 20% da infecção nos exames de Endoscopia, após a implantação das rotinas de desinfecção e guarda dos aparelhos.
- Aumento de 100% na realização de exames de Mamografia.
- Melhoria no sistema de arquivamento de documentos médicos, diminuindo o gasto com homens-hora em 45%.

BIBLIOGRAFIA

Juran Institute: *Accelerated Continuous Improvement Methodologies for Healthcare Leaders*. Wilton, Connecticut, 1997.

Juran Institute: *Six Sigma Champion Workshop*. Fort Lauderdale, Florida, 2002.

Juran Institute: *Six Sigma Leadership Workshop*. Wilton, Connecticut, 2000.

Siqueira, Jairo: *Relatório da Missão de Estudos sobre a Gestão da Qualidade no Setor de Saúde nos EUA*. IBQN, Rio de Janeiro, 1997.