



artigo original

Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico*

Use of indicators in surgical center management

RESUMO

O objetivo deste trabalho é propor um modelo de avaliação das atividades do centro cirúrgico do hospital a partir de um conjunto de indicadores, classificados conforme o modelo de Donabedian em indicadores de estrutura, de processo e de resultados. Procurou-se abranger o maior número possível de variáveis mensuráveis e controláveis, sem contudo criar-se um modelo de avaliação complexo que demandasse muito tempo e trabalho para sua concretização. A grande maioria dos indicadores apontados deriva de dados que hoje já são coletados pela maioria dos hospitais para a elaboração de relatórios e boletins oficiais. A construção desse conjunto de indicadores e sua fidedignidade dependem basicamente da qualidade do sistema de produção e coleta de dados, o que deriva do preenchimento criterioso das fichas, boletins, relatórios e histórias clínicas. Esse modelo de avaliação necessita a colaboração e a participação de todos os profissionais que exercem suas funções no ambiente do Centro Cirúrgico e áreas afins.

ABSTRACT

The aim of this paper is to propose an evaluation model for the activities of a hospital surgical center, based on a group of indicators classified as structure, process and outcome indicators, according to Donabedian's model. This study tried to cover as many control and measure variables as possible without creating a much too complex evaluation model that could take a lot of time and work to be processed. Most indicators shown are derived from data currently collected by most hospitals to prepare records and official reports. Setting-up this group of indicators and their accuracy will depend basically on the quality of the system of data production and collection, such quality depending on the careful filling out of bulletins, reports, and clinical records. This evaluation model requires the cooperation and participation of all professionals that work in the surgical center and related areas.

Ivomar Gomes Duarte¹
Deborah Pimenta Ferreira²

Palavras-chave

Gerenciamento de Centro Cirúrgico. Indicadores de Qualidade. Estrutura. Processo. Resultados.

Keywords

Surgical center management. Quality indicators. Structure. Process. Outcomes.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 27/3/2006.
Data da aprovação: 21/7/2006.

1. Médico Sanitarista e Mestre em Administração de Empresas pela EAESP-FGVSP.

2. Médica especialista em Administração Hospitalar e de Serviços de Saúde (FSP-USP) e Doutora pela Disciplina de Informática Médica da Faculdade de Medicina da USP.
Endereço eletrônico: igduarte@uol.com.br / dpf23@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O centro cirúrgico, por suas particularidades e características, constitui uma das unidades mais complexas do ambiente hospitalar, conseqüência dos equipamentos e da tecnologia disponível, da variação intrínseca nos seus principais processos, de uma complicada logística para o suporte de seu funcionamento e, principalmente, pelo risco de morte sempre presente. Na sua rotina de funcionamento ocorrem vários processos e subprocessos, direta ou indiretamente ligados à produção das cirurgias, tanto no próprio ambiente do centro cirúrgico como em outros ambientes do hospital e até fora deste. Pode-se apontar, como exemplo, os processos referentes aos serviços de apoio, tais como: diagnóstico por imagem; patologia clínica; anatomia patológica; esterilização de material; logística de suprimentos, materiais e medicamentos; banco de sangue; RPA (recuperação pós-anestésica), entre outros.

Assim sendo, percebe-se que o bom desempenho de um centro cirúrgico está diretamente relacionado com a qualidade de seus próprios processos e com os processos dos serviços que o apóiam, como conseqüência de uma combinação entre instalações físicas, tecnologia e equipamentos adequados, operados por mão de obra habilitada, treinada e competente.

Para o acompanhamento das atividades de um centro cirúrgico visando à sua gestão, torna-se necessário o desenvolvimento de um modelo de avaliação baseado em critérios previamente escolhidos. Avaliar segundo quais critérios? Critérios que atendam qual parte interessada: o corpo clínico ou os pacientes? Atendam os financiadores, os dirigentes ou os acionistas?

Mais do que avaliar aspectos estruturais do hospital, o objetivo deste artigo é apontar um conjunto de indicadores que possa servir de subsídio para a avaliação da qualidade e produtividade de um centro cirúrgico, principalmente no que se refere aos processos e aos resultados, e que venha atender às expectativas de todas as partes interessadas.

REFERENCIAL TEÓRICO

Aurelio (1986)⁽¹⁾ define qualidade como “propriedade, atributo ou condição das coisas ou das pessoas capaz de distingui-las das outras e de lhes determinar a natureza”, tendo como sinônimos – “dom, virtude, dote ou disposição moral”.

Entretanto, a definição de qualidade, quando aplicada aos serviços de saúde, torna-se questão bastante controversa, em decorrência das características dessa prestação de serviços e das peculiaridades do setor, que implica escolha ou distinção de atributos, envolvendo questões de natureza ética, política e até ideológica. Como referencial deste trabalho, optamos por adotar a definição apresentada por Donabedian (1990)⁽²⁾, “qualidade no campo da saúde deve ser entendida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos e custos para os usuários”. Esses benefícios se definem em função do equilíbrio entre os recursos disponíveis e os valores sociais existentes na comunidade.

Qualidade e produtividade constituem termos já incorporados ao cotidiano da maioria das organizações desde meados dos anos 90, inclusive nas do setor saúde, e dadas as exaustivas discussões sobre esse tema, o mesmo acabou virando moda nessa década. Se a definição de qualidade é polêmica, definir-se produtividade no setor

saúde, onde culturalmente “a vida não tem preço”, torna-se tarefa mais difícil ainda.

Pode-se aceitar a definição de produtividade, segundo Moreira (1991)⁽³⁾, como um melhor aproveitamento de recursos na produção de bens ou serviços necessários à comunidade. Nesse sentido, aumentar a produtividade pode ser entendida como produzir o mesmo volume com a racionalização do uso dos recursos, ou então aumentar a produção utilizando-se da mesma quantidade de recursos disponíveis.

Definidas qualidade e produtividade, cabe agora desenhar-se os instrumentos para a avaliação, denominados indicadores, que podem ser entendidos como representações quantitativas de resultados, situação ou ocorrências, constituindo-se em poderosa ferramenta gerencial para o monitoramento, a mensuração e avaliação da qualidade e produtividade.

O Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, implantado no Brasil a partir do início da década de 90, desde seu início deu grande ênfase ao uso de indicadores como instrumentos de gestão, tendo o IPEA – Instituto de Pesquisas Econômico Aplicadas – desenvolvido modelos para a geração de indicadores de qualidade e produtividade válidos para todos os setores da economia brasileira. Conforme acentuado no-texto base do PBQP (1991)⁽⁴⁾ elaborado pelo IPEA, “sem indicadores não há gestão e sem gestão não há qualidade.”

INDICADORES

A utilização de indicadores na economia, em finanças, demografia e, principalmente, em gestão vem cada vez mais se difundindo, entre outros motivos, como conseqüência da difusão de tecnologias da informação. Essa utili-

zação permite o estabelecimento de padrões e facilita a análise de tendências ao longo do tempo. Torna a gestão mais objetiva, monitora com mais eficácia os eventos e fornece informações para a correção de rumos quando necessário. Nesse sentido, para o bom gerenciamento de uma unidade de centro cirúrgico, constitui elemento fundamental para a tomada de decisão, o acesso às informações obtidas por medições padronizadas e estruturadas apresentadas como um "Painel de bordo" ou um conjunto de indicadores.

Atualmente, esse conceito de "painel de bordo" é muitas vezes utilizado como tradução do *balanced scorecard* (BSC). Essa metodologia foi desenvolvida por Kaplan e Norton⁽⁵⁾, no início da década de 90, e desde então já publicaram quatro livros e diversos artigos sobre o assunto. Resumidamente, o BSC pode ser considerado uma mistura de método de gestão e ferramenta de avaliação. Os autores observaram que acompanhar apenas os indicadores financeiros, como era a prática na maioria das organizações, funcionava para a Era industrial, porém, já não era suficiente para as necessidades atuais. O painel de bordo (ou o *balanced scorecard*, como chamam os autores) inclui indicadores financeiros que mostram os resultados alcançados e são complementados com outros indicadores: em relação aos clientes, processos internos e atividades de desenvolvimento e crescimento, que são direcionadores do desempenho financeiro futuro. Assim, os gestores podem analisar e acompanhar o desempenho de seu negócio através de quatro importantes perspectivas, relacionadas entre si, permitindo uma visão global.

Condição importante para a construção de indicadores é a obtenção de

dados e informações fidedignas, resultantes da anotação sistemática das ocorrências e dos eventos relativos ao funcionamento do centro cirúrgico. Tal situação somente será obtida a partir do convencimento dos médicos, dos enfermeiros, do pessoal de enfermagem e demais colaboradores que executam suas tarefas no setor, da importância de relatórios bem elaborados e das anotações precisas.

Condição importante para a construção de indicadores é a obtenção de dados e informações fidedignas, resultantes da anotação sistemática das ocorrências e dos eventos relativos ao funcionamento do centro cirúrgico.

Estudo realizado por Galvão (2001)⁽⁶⁾ em dois hospitais, referente ao papel da auditoria de enfermagem na redução dos desperdícios de materiais e medicamentos nesses serviços, detectou falhas na cobrança de materiais e medicamentos e também desperdícios ocasionados pela ausência de registros de enfermagem. Nas considerações finais de seu trabalho a autora reafirma a importância do correto preenchimento dos prontuários e das fichas hospitalares, o que "além de minimizar desperdícios, traz benefícios para a qualidade do atendimento ao paciente, para a profissão de enfermagem e médica e para o ensino e pesquisa".

Tão importante quanto a preocupação com a construção e com a amplitude dos indicadores, a monitoração é também o principal fator para o sucesso da avaliação da qualidade e da produtividade. Conforme Malik (1996)⁽⁷⁾, "monitorar significa basicamente definir o que é mais importante saber, o que mais interfere nos demais resultados. Significa, mais exatamente, identificar os indicadores críticos e ter maneiras de acompanhá-los no tempo".

Donabedian (1993)⁽⁸⁾ construiu um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde classificando seus atributos segundo três grandes categorias, a saber: estrutura, processo e resultados. Nesse modelo, por estrutura compreende-se as instalações físicas, os recursos financeiros, os materiais e equipamentos disponíveis, a estrutura administrativa e seu correspondente organograma e, principalmente, os recursos humanos e suas habilitações.

Processos constituem todas as atividades voltadas aos objetivos da organização, no caso realizadas em prol do paciente, sendo os denominados

processos-meio (esterilização de material, preparação da sala cirúrgica, por ex.) realizados, na maioria das vezes, longe do paciente, e processos finalísticos (anestesia, cirurgia, por exemplo) realizados junto ao paciente. Os produtos e serviços decorrentes desses processos constituem no modelo do autor os chamados resultados.

Nesse sentido, visando sistematizar a avaliação do centro cirúrgico sugerida por este trabalho, mantendo-se dentro do modelo elaborado por Donabedian, bem como na visão das perspectivas do BSC, apresentam-se a seguir os indicadores propostos divididos segundo as perspectivas e categorias:

1. INDICADORES DE ESTRUTURA (São divididos nas perspectivas PESSOAS e PROCESSOS DE APOIO)

A complexidade do trabalho médico e do pessoal auxiliar no ambiente do centro cirúrgico exige um grau de conhecimento, treinamento e um conjunto de habilidades, que obriga toda instituição hospitalar séria a exigir a avaliação pelo menos formal desses requisitos dos seus colaboradores.

Assim é que os primeiros indicadores de estrutura que se sugere sejam monitorados na unidade de centro cirúrgico referem-se aos seus recursos humanos, conforme se segue:

- PERCENTUAL DE CIRURGIÕES COM TÍTULO DE ESPECIALISTA (PESSOAS)
- PERCENTUAL DE ANESTESISTAS COM TÍTULO DE ESPECIALISTA (PESSOAS)
- PERCENTUAL DE ENFERMEIROS COM TÍTULO DE ESPECIALISTA (PESSOAS)
- PRESENÇA DE ENFERMEIRO DURANTE TODO O PERÍODO DE FUNCIONAMENTO (PROCESSOS FINALÍSTICOS?)
- HORAS DE TREINAMENTO/FUNCIONÁRIO/ANO (PESSOAS)

Outros indicadores podem ser construídos a critério da organização, visan-

do avaliar requisitos da estrutura, como, por exemplo, avaliar a disponibilidade de equipamentos (PROCESSOS DE APOIO).

2. INDICADORES DE PROCESSOS

Um importante indicador – CIRURGIAS SUSPENSAS POR FATORES HOSPITALARES EXTRAPACIENTE – vem sendo utilizado por revelar o grau de organização do centro cirúrgico, bem como do funcionamento de vários setores do hospital, pois envolve o monitoramento de vários processos e subprocessos. Para a construção desse indicador devem ser considerados todos os motivos de suspensão de cirurgias ligados ao hospital e sobre os quais este pode atuar, tais como: falta de roupa, atraso do médico, falta de preparo do paciente, falta de jejum, não realização de exames prévios, extravio de radiografias e outros eventos passíveis de controle, redução ou eliminação. O seguimento e correção das principais causas hospitalares de suspensão de cirurgia podem significar redução de desperdícios, aumento da qualidade e da produtividade.

Além destes, outros indicadores de processos no centro cirúrgico devem ser acompanhados, principalmente aqueles que medem os devidos cuidados com a documentação, com o adequado preenchimento dos impressos e formulários e o cuidado com a coleta de dados, pois essa fonte de informações será a base para a construção dos indicadores. Como indicadores desse grupo sugere-se:

- PERCENTUAL DE PREENCHIMENTO ADEQUADO DO RELATÓRIO CIRÚRGICO
- PERCENTUAL DE PREENCHIMENTO ADEQUADO DA FICHA ANESTÉSICA
- PERCENTUAL DE PREENCHIMENTO ADEQUADO DA FOLHA DE DÉBITOS

Um dos atributos mais monitorados em áreas críticas dos serviços hospitalares, entre as quais o centro cirúrgico, diretamente ligados aos processos, é a variável tempo, com a qual se pode construir inúmeros indicadores, dentre eles os seguintes:

- TEMPO MÉDIO DE PREPARO DO PACIENTE;
- TEMPO MÉDIO DE LIMPEZA DA SALA NO INTERVALO ENTRE DUAS CIRURGIAS;
- TEMPO MÉDIO DE EXECUÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO INTRA-OPERATÓRIO;
- TEMPO MÉDIO DE ATRASO NO INÍCIO DAS CIRURGIAS;
- TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA.

Outra mensuração importante com o uso de indicadores dessa categoria é a avaliação da produtividade do centro cirúrgico expressa nos seus índices de utilização, conforme exemplos abaixo:

- TAXA DE UTILIZAÇÃO OU OCUPAÇÃO (TEMPO TOTAL DE SALA UTILIZADO/TEMPO DE SALA DISPONÍVEL)
- NÚMERO DE SALAS EM UTILIZAÇÃO/NÚMERO TOTAL DE SALAS EXISTENTES
- NÚMERO DE CIRURGIAS POR SALA CIRÚRGICA POR DIA (DIVIDIR POR PARTES?)
- NÚMERO DE HORAS UTILIZADAS POR HORAS DISPONÍVEIS POR PERÍODO
- NÚMERO DE CIRURGIAS REALIZADAS POR MÊS POR MÉDICO OU POR EQUIPE

Importa também acompanhar questões referentes à formalização dos processos administrativos do centro cirúrgico, como, por exemplo, a elaboração e revisão das normas e rotinas operacionais que regulam o funcionamento do setor, acompanhando os seguintes indicadores:

- PERCENTUAL DE ROTINAS TÉCNICAS DO CENTRO CIRÚRGICO NORMALIZADAS;

- PERCENTUAL DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS ROTINIZADOS;
- PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DA AGENDA CIRÚRGICA;
- PERCENTUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) DESCRITOS.

É sempre oportuno apontar que quanto mais organizado e estruturado está um setor, observam-se mais rotinas normalizadas e procedimentos operacionais descritos e “manualizados” e ainda um maior conhecimento dessas normas e rotinas por parte dos funcionários. Nestes casos os processos tendem a ocorrer com maior previsibilidade.

A análise dos processos deve pautar-se na busca da melhoria contínua, ter caráter periódico, sistemático e ter seus resultados sempre divulgados às partes interessadas. Da avaliação, quando necessário, devem resultar propostas de aperfeiçoamento ou de redesigno dos processos, visando melhorar a qualidade no atendimento oferecido ao paciente, bem como a produtividade do setor.

3. INDICADORES DE RESULTADOS

Sabemos que o sucesso ou insucesso de uma cirurgia não depende apenas das condições estruturais do centro cirúrgico e das áreas de apoio. Estrutura de qualidade não garante qualidade nos processos, bem como processos de qualidade não são garantia de bom resultado, principalmente, nos serviços de saúde. Além de aspectos relativos à estrutura e aos processos, o resultado de uma cirurgia depende de fatores ligados à constituição física e fisiológica do paciente, da patologia e da gravidade do caso, da condução clínica e indicação da cirurgia, da habilidade e perícia dos profissionais (cirurgião, anestesista, enfermeira, etc.),

da presteza no atendimento, etc. Porém, este não é o escopo deste artigo, que visa apresentar um modelo que busca avaliar os resultados das atividades do centro cirúrgico, e não o resultado das cirurgias.

Diferentemente dos resultados da assistência médica e de enfermagem global da instituição que tem como seus pontos extremos a cura e o óbito, a avaliação dos resultados no centro cirúrgico refere-se também à avaliação dos processos de apoio, em que se destaca, como indicador, a TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR DOS PACIENTES CIRÚRGICOS.

Outro indicador relevante, este de apuração mais delicada e frequentemente restrita à Comissão de Ética Médica do hospital e o levantamento do NÚMERO DE REINTERVENÇÕES CIRÚRGICAS NÃO PROGRAMADAS, ocasionadas por falha técnica ou acidente fortuito, como, por exemplo: obstrução ou perda de sonda, presença de instrumental na cavidade, deiscência de pontos, lesão em órgão adjacente durante o procedimento cirúrgico, etc.

Avaliar a qualidade do ato médico não constitui hábito no Brasil, nem há exigência de habilitação específica. Em tese todo e qualquer graduado em medicina, em qualquer faculdade ou escola médica do país, pode realizar ato médico de qualquer especialidade, inclusive fazer uma cirurgia. Rompendo essa tradição e iniciando na prática a avaliação do ato médico, o sistema de indicadores implantado pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Faculdade de Medicina da UFRGS monitora, como um dos 35 indicadores selecionados para seu Programa de Qualidade, a análise dos Exames Anatomopatológicos com diagnóstico de neoplasia com as margens comprometidas, conforme Kluck *et al.* (2002)⁽⁹⁾.

Também de grande importância é o acompanhamento pelos hospitais da TAXA DE MORTALIDADE OPERATÓRIA, considerada por alguns autores como um indicador de qualidade da assistência, principalmente quando essas taxas podem ser comparadas com as taxas de vários outros serviços com perfis de clientela semelhante ou com grupos homogêneos de hospitais.

A análise dos processos deve pautar-se na busca da melhoria contínua, ter caráter periódico, sistemático e ter seus resultados sempre divulgados às partes interessadas.

Nesse sentido o *QI Project – Quality Indicator Project* – capitaneado pela *Maryland Hospital Association*⁽¹⁰⁾, projeto que busca a melhoria contínua da qualidade da assistência hospitalar mediante a comparação de indicadores de qualidade de hospitais distribuí-

dos por todo o mundo, inclusive contando com a participação de alguns hospitais brasileiros, tem entre seus vários indicadores a apuração da mortalidade operatória, estratificando os pacientes segundo o critério de classificação do estado físico (ASA), adotado pela *American Society of Anesthesiologists* para a avaliação pré-anestésica do paciente cirúrgico⁽¹¹⁾, conforme os quadros 1 e 2.

Essa estratificação na construção desse indicador permite maior comparabilidade do mesmo, quer seja para a montagem de séries históricas, internamente em cada um dos serviços cirúrgicos ou ainda para utilização em sistemas de comparações de indicadores entre vários serviços.

Cabe, por oportuno, destacar a utilização de uma das sete ferramentas da qualidade, a estratificação, como uma forma de percepção de um evento com maior detalhamento e focalização de problemas, facilitando a identificação de oportunidades para melhoria ou mesmo para a realização de ações corretivas.

Além dos resultados relativos aos pacientes, um conjunto de outros resultados pode ser avaliado segundo o interesse da instituição. Resultados financeiros são fundamentais para os hospitais privados, lucrativos ou não, cabendo a construção de indicadores de faturamento e glosas pelas fontes pagadoras, custo por internação e outros.

INDICADORES FINANCEIROS (exemplos):

Receita bruta (valor faturado) – referente apenas ao centro de custo do CC

Glosas ou taxa de glosa (glosa/faturamento x 100)

Custo dos serviços prestados

Retorno do investimento (lucro líquido/ativo total)

Para que esses indicadores sejam obtidos sistematicamente em relação ao Centro Cirúrgico, é fundamental que se tenha uma política de gestão financeira baseada em centro de custos, com registros adequados de todos os processos e procedimentos e seja adotada uma metodologia para a análise de custos.

Por outro lado resultados referentes à gestão de pessoas interessam ao conjunto de hospitais e a maioria deles já acompanha, como rotina, as TAXAS DE ACIDENTE DO TRABALHO, DE ABSENTEISMO, ROTATIVIDADE DA FORÇA DE TRABALHO, entre outros indicadores.

Nogueira (1996)⁽¹²⁾ propõe estratificar os dados de absenteísmo por categoria profissional, por turno e por dia da semana e exemplifica com a “taxa

de absenteísmo entre os auxiliares de enfermagem da pediatria do turno da noite às segundas-feiras”. Infere-se que a “taxa de absenteísmo entre os auxiliares de enfermagem do turno diurno aos sábados” será com grande probabilidade diferente do indicador anterior, se não numericamente, pelo menos pelos seus motivos. O mesmo raciocínio parece valer para alguns dos indicadores de resultados, sugerindo sua estratificação.

Pode-se segmentar, por exemplo, os pacientes ASA 1 ou 2 segundo o sexo, ou ainda segundo faixa etária. Desse modo poderemos construir a “Taxa de Mortalidade Operatória de Pacientes ASA 1 do sexo masculino, com idade entre 18/45 anos” ou a “Taxa de Mortalidade Operatória de Paciente ASA 2 do sexo feminino com mais de 50

QUADRO 1
PACIENTES CIRÚRGICOS – Classificação ASA – segundo estado físico

ASA-1 – Nenhum distúrbio orgânico, fisiológico ou bioquímico salvo a patologia cirúrgica;
ASA-2 – Alterações orgânicas leves ou moderadas;
ASA-3 – Alterações orgânicas intensas;
ASA-4 – Alterações orgânicas graves. Risco de morte alto;
ASA-5 – Paciente em estado crítico, com baixa probabilidade de sobreviver 24 horas sem a intervenção cirúrgica;
ASA-6 – Paciente em morte cerebral, cujos órgãos serão removidos para transplante.

Fonte: ASA – American Society of Anesthesiologists, Physical Status Classification System, 2003.

QUADRO 2
MORTALIDADE OPERATÓRIA ESTRATIFICADA, segundo classificação ASA

TAXA de mortalidade operatória em pacientes ASA 1;
TAXA de mortalidade operatória em pacientes ASA 2;
TAXA de mortalidade operatória em pacientes ASA 3;
TAXA de mortalidade operatória em pacientes ASA 4;
TAXA de mortalidade operatória em pacientes ASA 5.

Fonte: QIProject, 2002.

anos", por exemplo, e compará-las com o mesmo indicador de outros serviços que tenham sido elaborados de forma idêntica.

Pelo exemplo, percebe-se que quanto maior a estratificação ou a segmentação dos atributos, mais específica e mais focada ficará a observação, tornando o indicador mais comparável.

CONCLUSÕES

Conforme Nicz (1995)⁽¹³⁾, "procura-se hoje, cada vez mais, concentrar a avaliação nos resultados e menos na estrutura e no processo, mais fáceis de serem analisados, mas que não garantem a qualidade final da assistência". No entanto, na avaliação dos resultados cirúrgicos, muitas vezes as análises apontam para questões ligadas à estrutura, tais como, organização hospitalar, equipamentos, habilitação e perícia do cirurgião, bem como apontam para processos de apoio e finalísticos, organizados e rotinizados, como por exemplo, esterilização de material, manutenção e calibragem de equipamentos, preenchimento adequado das fichas e formulários, entre outros.

É importante ressaltar, porém, sem construir um círculo vicioso de argumentação, que se por um lado as estruturas e processos adequados não são suficientes para garantir resultados de qualidade, dificilmente se obterá resultados satisfatórios baseados em estruturas e processos inadequados. Assim a monitoração das principais atividades do centro cirúrgico mediante indicadores exige a análise combinada de vários deles para um efetivo acompanhamento, semelhante ao painel de bordo de um avião, que fornece ao piloto um conjunto de informações necessárias para a decolagem, o voo e o pouso no seu desti-

no. Conforme Bittar (2001)⁽¹⁴⁾, "é desnecessário enfatizar a importância da utilização de indicadores que meçam a qualidade e quantidade do que é realizado em termos de programas e serviços de saúde e que os mesmos cubram todos os seus componentes, como a estrutura, os processos e resultados".

Por seu impacto na melhoria da qualidade do atendimento e na produtividade, os eventos de capacitação e treinamento dos funcionários de todas as categorias exigem uma monitoração constante. No centro cirúrgico temos pessoas agindo (agentes) sobre outras pessoas (pacientes) em situações críticas. Conforme o "Manual do Programa de Controle da Qualidade Hospitalar", da Associação Paulista de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, "as organizações de saúde e os hospitais mais do que quaisquer outras empresas são feitos de pessoas. São as pessoas que trabalham em um e outro hospital que os diferenciam entre si. Assim o fator diferencial entre as empresas, principalmente do setor saúde, é o potencial humano que elas dispõem"⁽¹⁵⁾.

Com o avanço da informática e o desenvolvimento de novos sistemas hospitalares, a disponibilidade de um conjunto de informações e dados estratificados para a construção de indicadores vem aumentando significativamente, possibilitando ao gerente do centro cirúrgico melhores condições de identificar corretamente um eventual problema ou desvio de rota, podendo implementar com mais segurança as medidas adequadas. Nesse sentido a construção de um painel de bordo a partir de um conjunto de indicadores poderá constituir-se em importante ferramenta na gestão do centro cirúrgico.

Percebe-se que quanto maior a estratificação ou a segmentação dos atributos, mais específica e mais focada ficará a observação, tornando o indicador mais comparável.

Do apresentado, fica evidente que a estratificação dos pacientes segundo o critério ASA, pelo menos, constitui importante medida visando facilitar a comparabilidade entre os indicadores coletados e construídos em vários serviços, como já vem sendo realizado pelo OI Project da *Maryland Hospital Association*.

Conclui-se também que a avaliação mediante um conjunto estruturado de indicadores, conforme alguns exemplos anteriormente apontados, abre caminho para a revisão crítica nos principais processos e rotinas envolvidas na produção cirúrgica do hospital e causará maior ou menor impacto na medida em que consiga envolver o maior número de profissionais de todas as categorias que exercem suas funções no ambien-

te do centro cirúrgico ou relacionados ao mesmo, na análise desses indicadores e nas questões referentes a qualidade e produtividade hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Novo Dicionário Aurelio, 2ª edição revista e ampliada – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
2. Donabedian A. Garantia y monitoria de calidad de la atencion médica: un texto introductorio, Instituto Nacional de Salud Publica. México, 1990.
3. Moreira DA. Medida da produtividade na empresa moderna. São Paulo: Pioneira, 1991.
4. PBQP. Critérios para a geração de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público. Brasília: IPEA/Ministério de Economia, Fazenda e Planejamento, 1991.
5. Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard – Measures that drive performance. Harvard Business Review, Jan-Feb, 1992. Localizado pelo Google Acadêmico, Acesso em maio/01/2006.
6. Galvão CR. “Estudo do papel da auditoria de enfermagem para a redução dos desperdícios em materiais e medicamentos” – O MUNDO DA SAÚDE, 2001;26(2).
7. Malik AM. Avaliação, qualidade e gestão, São Paulo, Editora Senac, 1996.
8. Donabedian A. PROAHSA – Seminário Internacional sobre Qualidade em Instituições de Saúde. Volume 1. PROAHSA/FSP-USP. São Paulo, 1993.
9. Kluck M, Guimarães JR, Ferreira J, Prompt CA. A gestão da qualidade assistencial no Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores* Rev Adm Saude. 2002; 4(16):27-32.
10. QIProject. Maryland Hospital Association EUA. Disponível em: <http://www.qiproject.org> acesso maio, 02, 2003.
11. ASA. American Society of Anesthesiologists – Disponível em <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm> Acesso, maio, 02, 2003.
12. Nogueira LC. Gerenciando pela qualidade total na saúde – Fundação Christiano Ottoni – Escola de Engenharia da UFMG, Belo Horizonte, 1996.
13. Nicz LF. A gestão da informação e da qualidade – in Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. “Gestão Hospitalar – Um desafio para o hospital brasileiro” – Cooperação Brasil-França. Rio de Janeiro: Editora ENSP, 1995.
14. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev Adm Saúde 2001;3(12):21-8.
15. Programa COH – Manual de orientação aos hospitais participantes. São Paulo: Editora Atheneo, 3ª edição, 2001.



Assinatura

Desejo fazer uma assinatura anual da RAS, a partir da edição _____ (indicar o número).

Para tanto, anexo cheque no valor de R\$ 48,00, nominal à Redprint Editora Ltda.

Nome _____

Especialidade _____

Endereço _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Data _____

Enviar esta ficha preenchida, assim como o cheque respectivo, para **Redprint Editora Ltda.**, Rua Domingos de Moraes, 2.777 – 13º – 04035-001 – São Paulo, SP.

Assinatura _____