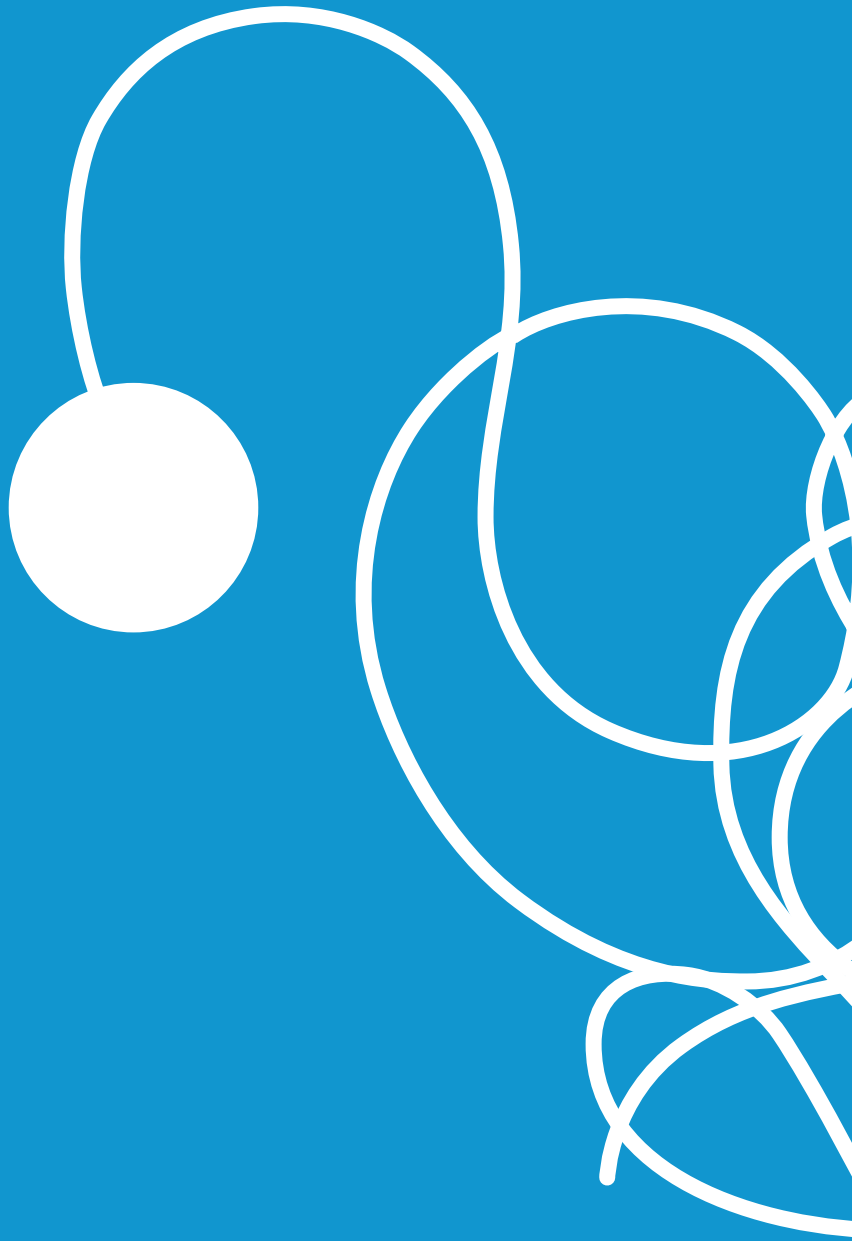


Promovendo Boas Práticas no Setor de Saúde

Guia de Autoavaliação para
Instituições do Segmento



- QUALIDADE
- SEGURANÇA
- ÉTICA





Índice

- POR UMA GESTÃO MAIS EFICIENTE NA SAÚDE 4
- PERFIL DO BICBANCO 6
- OBJETIVOS DO GUIA 8
- IMPORTÂNCIA DOS PADRÕES DE GESTÃO NA SAÚDE 10
- GOVERNANÇA E PADRÕES DE EXCELÊNCIA 12
- PRINCÍPIOS DE MELHORIA DE QUALIDADE 15
- POR ONDE COMEÇAR 17
- PREPARAÇÃO PARA AUTOAVALIAÇÃO 20
- COMO O MODELO DE AUTOAVALIAÇÃO É ORGANIZADO? 24
- QUAIS MÉTODOS PODEM SER UTILIZADOS PARA A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO? 25
- APÓS A AUTOAVALIAÇÃO: PRÓXIMOS PASSOS 26



Por uma Gestão Mais Eficiente na Saúde

O BICBANCO procura permanentemente agregar valor às suas atividades.

O presente guia é um exemplo dessa intenção, uma vez que busca contribuir para a melhoria efetiva das práticas de gestão dos parceiros do setor da saúde.

Contribuir para o desenvolvimento sustentável das instituições de saúde é o objetivo do BICBANCO com a publicação deste guia. Trata-se de uma síntese de um material elaborado pela International Finance Corporation (IFC), ramo do setor privado do Banco Mundial, no intuito de apontar caminhos para elevar os padrões de atendimento médico em países emergentes.

O BICBANCO já atua em prol da melhoria contínua nas ações de saúde no Brasil, beneficiando uma série de hospitais, clínicas hospitalares e ambulatorios, por meio da linha de crédito Mútuo SUS. Parceiro da IFC em iniciativas de disseminação do crédito sustentável, o Banco compartilha a crença de que é essencial garantir às pessoas o direito a cuidados de saúde prestados com excelência e segurança.

O desafio de aperfeiçoar as práticas das instituições desse setor – independentemente de seu porte ou de sua complexidade operacional – passa pela implementação de sistemas que propiciem aos pacientes o cuidado apropriado e em ambiente seguro. Tal objetivo não está necessariamente atrelado a elevados investimentos em tecnologia de ponta, mas, sim, à instauração de uma cultura e de processos em que os prestadores de atendimento médico não se satisfaçam apenas em fazer a coisa certa. É preciso fazer a coisa certa sempre – e estar atento ao que pode ser melhorado para transformar o certo em excelente.

O BICBANCO procura permanentemente agregar valor às suas atividades. Como um instrumento prático de orientação, o presente guia é um exemplo dessa intenção, uma vez que busca contribuir para a melhoria efetiva das práticas de gestão dos parceiros do setor da saúde.

Tal iniciativa está em linha com os princípios do BICBANCO, que vê na sustentabilidade instrumento para assegurar perenidade às suas operações, bem como gerar riqueza a acionistas e públicos de interesse, minimizar riscos econômicos, preservar o meio ambiente e colaborar para o desenvolvimento da sociedade. ●

Perfil do BICBANCO

Uma das mais importantes instituições financeiras privadas de crédito, o BICBANCO possui também sólidos compromissos com a sustentabilidade

Nascido como cooperativa de crédito no Ceará, em 1938, o Banco Industrial e Comercial S.A. (BICBANCO) é um banco múltiplo privado de capital nacional. Com sede na capital de São Paulo, mantém uma rede de 46 pontos de atendimento, distribuídos em 19 estados e em 34 das principais cidades do país, além do Distrito Federal. Desde 2002, uma agência em Grand Cayman dá suporte às operações financeiras da instituição no mercado internacional.

O BICBANCO tem uma equipe de mais de 1 mil colaboradores empenhados em oferecer atendimento ágil e de qualidade a uma base diversificada de clientes. Seu leque de produtos e serviços destina-se a atender, prioritariamente, à necessidade de crédito das empresas de médio porte.

É um dos maiores bancos privados do Brasil em Operações de Crédito. Dados de junho de 2010 apontam o BICBANCO como 5º maior instituição financeira privada nacional, 9º colocado entre os bancos privados nacionais e estrangeiros e 14º lugar na lista de organizações bancárias, incluindo as de capital público.

O BICBANCO tem sólido compromisso com o desenvolvimento sustentável, o que se verifica no apoio a clientes, acionistas, colaboradores – e à sociedade em geral –, por meio da geração e distribuição de riquezas, criação de empregos e gestão de operações de crédito seguras, não só do ponto de vista econômico, mas também sob a perspectiva socioambiental. Tais atividades vêm sendo aperfeiçoadas ao longo dos anos sob a marca do

QUEM É A IFC

Movimento Azul, a marca de sustentabilidade do Banco.

Desde 2007, o BICBANCO tem suas ações listadas no Nível I de Governança Corporativa da Bolsa de Valores de São Paulo (BM&FBovespa), o que traduz o compromisso de seus controladores com a perenidade de um negócio que, já há sete décadas, valoriza o patrimônio e o capital produtivo, contribuindo para o desenvolvimento econômico e social do Brasil.

Os esforços permanentes da instituição para adotar as melhores práticas sustentáveis têm conquistado importantes reconhecimentos. Desde 2011, por exemplo, o Banco integra a carteira do Índice de Sustentabilidade Empresarial (ISE) da BM&FBovespa. ●

A International Finance Corporation (IFC) é parte do Grupo Banco Mundial e tem como missão promover o investimento sustentável no setor privado dos países em desenvolvimento, visando reduzir a pobreza e melhorar a vida das pessoas. A IFC fomenta o crescimento econômico sustentável por intermédio de crédito a investimentos no setor privado, mobilização de capital nos mercados financeiros internacionais e serviços de consultoria para negócios e governos.

Nos últimos anos, tem intensificado sua atividade no setor de saúde dos países emergentes, consolidando-se como o maior investidor multilateral em saúde no mundo. Desde 2000, aplicou mais de US\$ 1 bilhão em apoio financeiro (principalmente por meio de financiamento de dívida e capital) a cerca de 80 projetos em mais de 30 países. Tal apoio possibilitou um investimento de US\$ 3 bilhões ao setor.

As instituições de saúde apoiadas pela IFC empregam 35 mil pessoas e tratam aproximadamente 5,5 milhões de pacientes por ano. Cerca de 1/3 dos clientes do setor de saúde está estabelecido em países da Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), sobretudo nas nações em desenvolvimento mais carentes. Cerca de 20% dessa clientela – composta por hospitais privados, centros de diagnósticos, redes de oftalmologia, policlínicas, firmas de gerenciamento de resíduo hospitalar e organizações de manutenção de saúde (HMOs, do inglês Health Management Organizations) – já obteve reconhecimento internacional.

Mais informações sobre os setores de saúde e educação da IFC estão disponíveis em www.ifc.org/che

Objetivos do Guia

Esta publicação fornece informações sobre os princípios fundamentais que devem nortear as iniciativas de melhoria da qualidade nos serviços de saúde

Este documento foi criado para auxiliar instituições de saúde sediadas em mercados emergentes a alcançar padrões internacionais de qualidade e de segurança. Sua leitura convida a uma autoavaliação organizacional, a fim de identificar o grau de cumprimento de padrões definidos em cinco áreas-chave. São elas:

- GOVERNANÇA E LIDERANÇA;
- MEDIÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE;

○
SEGURANÇA DAS
INSTALAÇÕES E
GERENCIAMENTO
DE EMERGÊNCIAS;

O guia auxilia as organizações a dimensionarem o esforço necessário – e em quais áreas – para atingir os padrões internacionais. Tal avaliação pode ser útil como ferramenta para instituições que almejam o reconhecimento internacional, mas seu propósito é maior: serve para reforçar o comprometimento dos gestores de saúde com o processo de melhoria permanente.

○
ÉTICA E DIREITOS
DOS PACIENTES;

A publicação fornece informações sobre os princípios fundamentais das iniciativas de melhoria da qualidade e orienta os usuários nas etapas do processo para se realizar uma autoavaliação de qualidade. Esse passo a passo pressupõe organizar-se, coletar dados, identificar falhas e desenvolver planos para alcançar os padrões-chave. ●

○
SEGURANÇA
DOS PACIENTES.

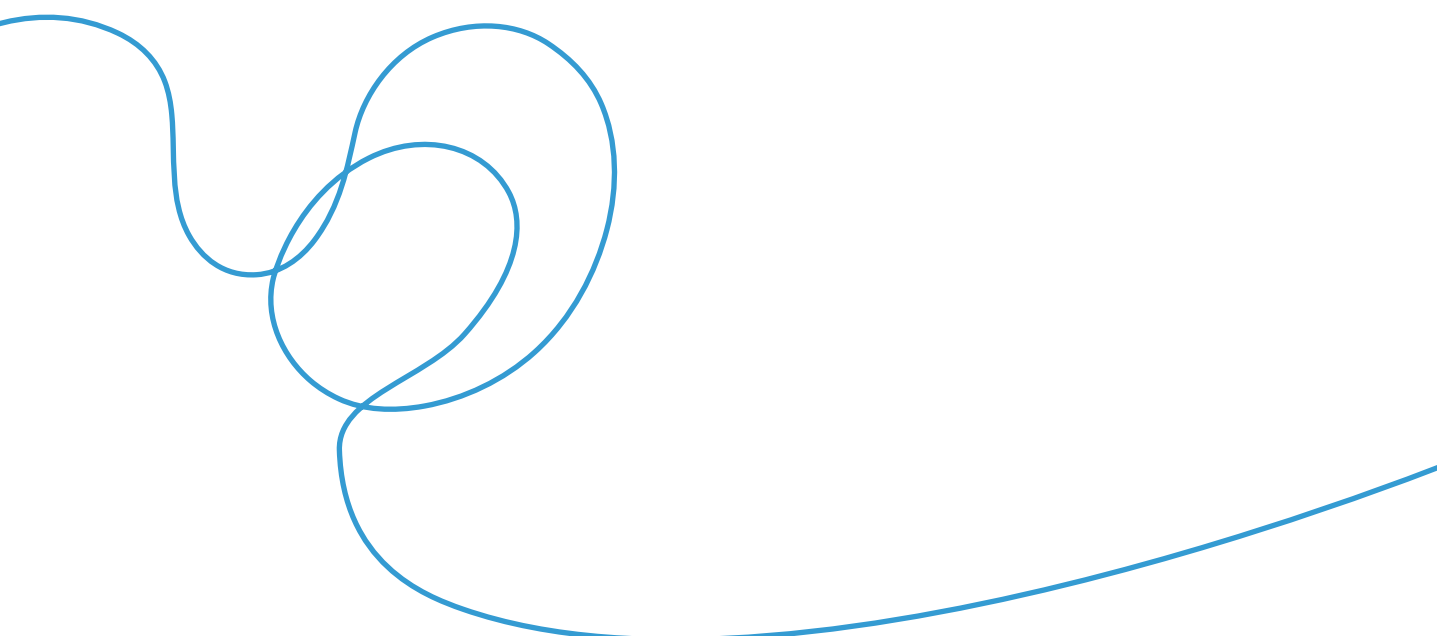
Importância dos Padrões de Gestão na Saúde

O processo de elevação dos padrões de gestão, com o engajamento de líderes e equipes, desperta a satisfação tanto dos colaboradores quanto dos pacientes

Por que os prestadores de atendimento médico devem se interessar pela promoção da qualidade, da segurança e da ética?

A resposta é simples: porque as consequências dos baixos padrões podem ser desastrosas. Histórias de práticas comerciais antiéticas são cada vez mais comuns no noticiário e, não raro, resultam na ruína de indivíduos e instituições de saúde. Nenhum gestor de saúde deseja ver seu hospital e/ou seus colaboradores envolvidos em episódios de negligência ou de dano a pacientes.

A conduta ética e responsável, para muito além de sua importância nas relações públicas e institucionais, é um elemento indispensável na gestão de riscos. A reputação de uma organização de saúde influencia a busca de seus serviços pelos pacientes. Hospitais com esse perfil se beneficiam ainda dos baixos custos de recrutamento e seleção, uma vez que atraem naturalmente os



profissionais mais qualificados do mercado. Como consequência, o índice de retenção de talentos é alto.

O processo de elevação dos padrões, em especial quando conta com o engajamento de líderes motivando suas equipes, desperta a satisfação tanto dos colaboradores quanto dos pacientes. Essa condição cria e dissemina um senso de realização e orgulho dentro da instituição.

Qualidade e desempenho têm ligação estreita, uma vez que a melhoria de padrões quase sempre reduz custos. Por exemplo, quando um clínico não tem certeza sobre o diagnóstico, tende a fazer mais investigações: mais

exames, mais procedimentos, mais observações, mais atividades geradoras de resíduos.

Organizações de saúde que se autoavaliam com frequência e promovem a qualidade da gestão estão mais propensas a reduzir essa geração de resíduos. Não por acaso, alguns profissionais de saúde costumam dizer que “o oposto da qualidade é o lixo” – e a diminuição do lixo exige remover tanto falhas de processo quanto processos que não agregam valor.

Sob uma perspectiva financeira, todas as questões relacionadas à melhoria dos padrões podem ser traduzidas em mais recursos para a organização. ●

Governança e Padrões de Excelência

A instituição de saúde deve definir um conjunto de valores compartilhados e um código de conduta para que as decisões sejam baseadas em entendimento comum

Boa governança é fundamental para melhorar os padrões de qualidade e segurança. Mas, afinal, o que é governança?

Governança pode ser definida como o conjunto de regras, processos e leis por meio dos quais uma organização opera. Normalmente, há dois grupos que formam a estrutura de governança de uma organização:

○ ÓRGÃO GOVERNANTE (POR EXEMPLO, O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO);

○ DIRETOR EXECUTIVO (OU PRESIDENTE) E GESTORES SENIORES.

No caso de instituições de saúde, médicos e enfermeiras têm papel crucial na governança. Por exemplo, médicos que atuam em unidades de atendimento são geralmente supervisionados por um médico coordenador. Do mesmo modo, hospitais têm diretores médicos para cumprir o papel de supervisão da gestão sênior. Por tomar as decisões clínicas das organizações, os diretores médicos também controlam a utilização de recursos – como medicamentos, procedimentos e exames –, impactando os negócios de maneira significativa.

Esses profissionais compartilham a responsabilidade de direcionar estrategicamente a organização rumo aos seus objetivos. Estão sob sua guarda a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes, dos visitantes e das equipes médicas.

Os líderes de instituições de saúde cumprem suas responsabilidades de governança por meio do planejamento, da tomada de decisões e do exercício das funções de gestão.



PRINCÍPIOS DE BOA GOVERNANÇA¹

DIREITOS DAS PARTES INTERESSADAS	As partes interessadas incluem investidores e empregados, assim como pacientes, membros da comunidade e de outras organizações e fornecedores. Alguns direitos são concedidos por lei e outros podem ser estabelecidos pela própria instituição. Esses stakeholders devem conhecer seus direitos e, em caso de violação, serem ressarcidos.
INTEGRIDADE E COMPORTAMENTO ÉTICO	Decisões são baseadas nos valores de um indivíduo ou de uma organização. É importante, então, que a instituição defina um conjunto de valores compartilhados e um código de conduta ² , de modo a fazer com que as decisões sejam baseadas num entendimento comum.
DIVULGAÇÃO E TRANSPARÊNCIA	A organização define procedimentos para verificar e proteger a integridade de seus sistemas de operação e divulgação. A divulgação de questões relevantes pertinentes à instituição deve ser tempestiva e equilibrada, para assegurar que investidores e outros acionistas tenham acesso a informações claras e factuais.
ORIENTAÇÃO DE DESEMPENHO	A organização deve estabelecer indicadores para determinar o cumprimento de metas e objetivos. Todos os aspectos, incluindo financeiros, administrativos e de desempenho clínico, têm de ser medidos para fornecer uma avaliação geral sobre a organização.
RESPONSABILIDADE E IMPUTABILIDADE	A liderança de uma instituição de assistência médica é, em última instância, responsável por prestar atendimento seguro e de alta qualidade. Deve prestar contas de seus atos às partes interessadas – por exemplo, investidores, autoridades de saúde, clientes comunitários e individuais.
RESPEITO	Líderes devem demonstrar respeito e civilidade, com o propósito de construir confiança. ³

¹ OECD (2004) OECD Principles of Clinical Governance, OECD Publications: Paris. Disponível em www.oecd.org/dataoecd/32/18/31557724.pdf

² O Código de Conduta para Organizações de Saúde está no site www.bicbanco.com.br (item sustentabilidade do menu).

³ The Governance Institute. (2009) Leadership in Health Care Organizations: A Guide to Joint Commission Leadership Standards. A Governance Institute White Paper. The Governance Institute: São Diego, Ca.

ESTRUTURA DE GOVERNANÇA PARA INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Não há uma estrutura padrão para hospitais ou outras instituições de saúde. Ela varia conforme o tamanho e a complexidade da organização. Alguns elementos básicos, contudo, devem existir em qualquer estrutura.

Primeiramente, todos os líderes devem ter uma descrição de cargo que defina seus papéis e responsabilidades.

Cada indivíduo tem uma função a exercer, e cada líder é responsável por colaborar com outros líderes para assegurar que as operações da organização funcionem sem problemas. Alcançar tal meta exige uma estrutura e um processo de comunicação, por intermédio dos quais os líderes compartilham informações e tomam decisões. Assembleias e comitês são os dois principais meios de agrupar as pessoas para a tomada de decisões.

Assembleias dos gestores precisam ser organizadas com frequência para comunicar informações e tomar decisões. Equipes da alta gestão – por exemplo, o diretor operacional, o administrador, o diretor de enfermagem e o diretor médico – podem

se reunir semanalmente. Assembleias que incluam todos os chefes de departamentos, por sua vez, podem ocorrer mensalmente. Elas, em geral, são chamadas de “reuniões fixas”, uma vez que são realizadas com regularidade. É comum a elaboração de um calendário anual com o agendamento das datas dessas reuniões.

Comitês, por outro lado, são organizados de acordo com tarefas ou funções-chave. A maioria das instituições médicas deve ter, pelo menos, os seguintes comitês⁴:

- Comitê de Qualidade e Segurança dos Pacientes;
- Comitê de Segurança Ambiental;
- Comitê de Prevenção e Controle de Infecções;
- Comitê de Prontuários Médicos;
- Comitê de Farmácia e Terapêutica;
- Comitê de Credenciamento. ●

Observação: Termos de referência ilustrativos para cada um desses comitês estão disponíveis no site <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/QuestionstoAskWhenFormingaBoardQualityCommittee.aspx>

⁴ Institute for Healthcare Improvement. Algumas Perguntas a Serem Feitas ao Formar um Comitê de Qualidade do Conselho. Disponível em: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/QuestionstoAskWhenFormingaBoardQualityCommittee.aspx>

Princípios de Melhoria da Qualidade

Dignidade, respeito, solução de conflitos e compartilhamento das informações com o paciente aumentam a eficiência do serviço médico

Vários princípios devem nortear os esforços de melhoria da qualidade, como foco no cliente, no trabalho em equipe, na liderança, nos sistemas e nos dados. Tais princípios devem ser aplicados no desenvolvimento de políticas e procedimentos e na implantação de atividades de melhoria da qualidade.

FOCO NO CLIENTE

O cuidado com o cliente significa atender às necessidades dele e de sua família, tendo em conta alguns fatores:

Dignidade e respeito

- Levar em consideração os valores, as crenças e a origem cultural do paciente durante o planejamento e a prestação do atendimento;
- resolver reclamações e conflitos tão logo quanto possível.

Compartilhar informações

- Encorajar o paciente a compartilhar seus pensamentos e perguntas;
- fornecer informações sobre doenças e opções de tratamento, de forma que cada paciente possa compreendê-las.

Participação

- Preparar e apoiar pacientes e suas famílias para participarem da rotina de cuidados.

Continuidade

Prestar serviços durante a continuidade do atendimento, por exemplo, entre a residência e o hospital, o atendimento médico básico e a comunidade.

TRABALHO EM EQUIPE

Atividades de melhoria da qualidade são mais bem realizadas por equipes multidisciplinares. Cada colaborador é valioso no cuidado e tratamento de pacientes, contribuindo para a qualidade do serviço de atendimento médico. Além disso, cada equipe traz um conjunto diferente de conhecimentos, experiência e capacidade, permitindo um melhor entendimento sobre alguma questão ou determinado processo. Equipes geram mais ideias e soluções do que indivíduos. Quando trabalham juntas, as pessoas geralmente se revelam mais comprometidas com as soluções acordadas. Envolver todos os níveis de colaboradores em iniciativas de melhoria da qualidade cria um senso de responsabilidade e posse.

LIDERANÇA

Liderança eficaz é crucial para o sucesso dos esforços de melhoria da qualidade: ela dá o direcionamento e o apoio necessários para criar uma cultura da qualidade. A liderança deve incorporar a qualidade à missão, à visão e aos valores da organização. Os líderes devem marcar presença e se engajar nos esforços de melhoria da qualidade, participando de treinamentos e comitês, fazendo rondas⁵, manifestando interesse por atividades e resultados, incluindo relatórios de melhoria em atas de assembleias e reconhecendo indivíduos e grupos.

⁵ Patient Safety First, UK. Leadership for Safety, Supplement 1: Patient Safety Walkrounds. Disponível em: [www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/How%20to%20Guide%20for%20Leadership%20WalkRounds%20\(pdf\)](http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-to-guides-2008-09-19/How%20to%20Guide%20for%20Leadership%20WalkRounds%20(pdf))

SISTEMAS

Os serviços hospitalares são prestados dentro de um sistema. Deve-se focar na melhoria do sistema e de seus processos internos para criar um ambiente que satisfaça as necessidades da equipe e dos pacientes. Padrões de qualidade auxiliam as equipes a analisar vários processos envolvidos no atendimento de saúde. Por exemplo, o processo de manter um inventário tem efeito direto sobre a disponibilidade de medicamentos. O foco não é individual, no membro de uma equipe, mas no bom funcionamento do sistema e no que se pode fazer para melhorá-lo.

DADOS

Decisões sólidas dependem de informações corretas. Os esforços de melhoria da qualidade se baseiam, portanto, na coleta de dados para avaliação do desempenho, identificação dos pontos fortes e falhas e busca de soluções para melhorar o atendimento médico e atingir os padrões estabelecidos. Mede-se o sucesso pela comparação dos parâmetros iniciais com os resultados posteriores à implantação de uma melhoria.

Por Onde Começar

A metodologia de aperfeiçoamento da qualidade ajuda os profissionais de saúde a identificar problemas e a implantar soluções

Quando questionadas, as equipes da área da saúde, em geral, conseguem listar os problemas que enfrentam no cotidiano de prestação do serviço de atendimento médico. Entretanto, com frequência não se veem como responsáveis ou aptas a tomar providências para buscar soluções.

Em diversas organizações, os membros das equipes não receberam treinamento sobre as metodologias de melhoria da qualidade utilizadas para investigar e resolver problemas. A metodologia de melhoria da qualidade, porém, tem sido cada vez mais utilizada em vários países em desenvolvimento para ajudar profissionais de assistência médica a identificar problemas e a encontrar e implantar soluções.

O fator principal nesse processo é a utilização de dados para apoiar decisões. Os tipos de dados coletados variam. No entanto, a lista geralmente inclui:

Utilização/medições de carga de trabalho


Nº de internados	Nº de pacientes externos	Nº de procedimentos (cirúrgicos etc.)	Nº de exames
------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------

Medições de eficiência

Duração média da estadia	Taxa de ocupação de leitos	Taxa de casos por dia	Utilização da sala de cirurgia
--------------------------	----------------------------	-----------------------	--------------------------------

Medições de qualidade/resultados

Taxa de readmissões não planejadas	Infecções	Quedas de pacientes	Utilização da sala de cirurgia
Lesões decorrentes de agulhas	Úlceras por pressão	Taxa de complicações	Taxa de cesarianas
Óbitos	Eventos de alerta	Reclamações de pacientes	Satisfação de pacientes



Embora coletados com frequência, dados dessa natureza normalmente não são agregados, analisados ou utilizados para fundamentar a tomada de decisões. O levantamento de tais informações auxilia a organização a compreender sua população de pacientes e fornece uma base ao planejamento para a entrega e melhoria dos serviços.



RECURSOS

As organizações comprometidas com a melhoria da qualidade devem estar familiarizadas com a última versão do *Manual de Segurança do Paciente*, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual abrange questões importantes como cirurgias seguras e higiene das mãos – as versões em inglês e espanhol podem ser encontradas em www.who.int/patientsafety.

Pela internet é possível acessar outros materiais úteis, como aqueles do Institute for Healthcare Improvement (www.ihl.org). Neste guia, são identificadas fontes de informações, incluindo publicações e páginas na internet, que podem ajudar no aprendizado e na capacitação das equipes. ●

Observação: Todos os recursos online aqui citados são de acesso gratuito.

Preparação Para Autoavaliação

Introdução sobre a importância da melhoria da qualidade ministrada pelo gestor local assegura credibilidade ao trabalho da equipe

1º PASSO: ORGANIZE-SE

O primeiro passo para melhorar os padrões de cuidado e de serviço é instituir uma Equipe de Avaliação dos Padrões de Qualidade ou algum comitê do gênero. Os gestores deverão registrar, por escrito, os termos de referência para a equipe, a fim de informá-la das expectativas de seu trabalho.

Deve-se nomear um líder da equipe, o qual será responsável pela organização do grupo, pela distribuição das tarefas e pela coordenação de esforços. Algumas características

costumam compor o perfil do líder eficiente: interesse, respeito pelos demais, competência como facilitador. E disponibilidade para dedicar o tempo necessário – a pessoa não precisa necessariamente ser um administrador.

Todas as principais categorias profissionais da instituição (por exemplo, corpo-médico, enfermagem, farmácia, limpeza e segurança) devem participar da equipe. São mais eficientes os grupos formados por seis a oito integrantes.



2º PASSO: ORIENTE A EQUIPE

A Equipe de Avaliação dos Padrões da Qualidade é responsável pela realização da avaliação e poderá, ainda, solicitar ajuda de qualquer outro membro da instituição de saúde. A avaliação deve ser um processo participativo, de modo que o esforço pela melhoria da qualidade envolva toda a organização.

Vale até convidar representantes da comunidade a participar – estes devem ser indivíduos que exerçam funções específicas, por exemplo, no Comitê de Saúde da comunidade (se existir), numa associação de pais e mestres, num conselho local ou numa organização não governamental (ONG). Poderão, ainda, ser pessoas que tenham passado por uma experiência recente no hospital, o que as habilitaria a apresentar uma visão da perspectiva dos usuários. Para avaliações dos sistemas de combate a incêndios, a Defesa Civil poderá ser consultada.

INFORMAÇÃO À EQUIPE

É necessário informar a equipe sobre o escopo e os objetivos, bem como sobre os princípios e as metodologias da qualidade. Uma introdução à importância da melhoria da qualidade ministrada pelo gestor local confere credibilidade ao trabalho da equipe. Provavelmente, o líder será a pessoa responsável pela revisão dos padrões de qualidade e pela assistência à equipe sobre a forma de condução da avaliação. Se houver na organização pessoas que já tiveram contato com a metodologia de melhoria da qualidade, elas poderão ser úteis para o treinamento da equipe.




3º PASSO: CONDUÇÃO DA AVALIAÇÃO

O Modelo de Autoavaliação está disponível no site www.bicbanco.com.br (item sustentabilidade do menu). Ele se baseia num conjunto de 31 princípios, os quais abrangem cinco áreas principais. São elas:

① GOVERNANÇA E LIDERANÇA CLÍNICA (*CLINICAL GOVERNANCE AND LEADERSHIP – CGL*)

- Documentos de governança;
- Gerenciamento da responsabilidade pelas operações;
- Fiscalização contratual;
- Escopo departamental dos serviços e políticas e procedimentos;
- Planejamento dos espaços e equipamentos;
- Recrutamento, retenção e desenvolvimento de equipes.

② ÉTICA E DIREITOS DOS PACIENTES (*ETHICS AND PATIENT RIGHTS – EPR*)

- Verificação das credenciais dos profissionais;
 - Processos de apoio aos direitos de pacientes e familiares;
 - Consentimento informado;
 - Estrutura para gerenciamento ético;
 - Doação de órgãos e tecidos;
 - Política de reprodução/fertilização *in vitro*;
 - Pesquisa clínica.
- 



③ MEDIÇÃO E MELHORIA DE QUALIDADE
(QUALITY MEASUREMENT AND IMPROVEMENT – QMI)

- Diretrizes para a prática clínica;
- Envolvimento e suporte dos líderes;
- Prevenção e controle de infecções;
- Uso de medicamentos;
- Eventos de alerta.

④ SEGURANÇA DOS PACIENTES
(PATIENT SAFETY – PS)

- Identificação dos pacientes;
- Comunicação eficaz;
- Medicamentos de alerta máximo;
- Local e procedimento corretos para pacientes em cirurgia;
- Infecções;
- Risco de quedas.

⑤ SEGURANÇA DAS INSTALAÇÕES E GERENCIAMENTO DE EMERGÊNCIAS
(FACILITY SAFETY AND EMERGENCY MANAGEMENT – FSE)

- Segurança ambiental;
- Planejamento para materiais nocivos;
- Planejamento para gerenciamento de emergências;
- Planejamento para incêndio/fumaça;
- Manutenção dos equipamentos médicos;
- Gerenciamento de utilidades.

Observação: Esses padrões foram adaptados da JCI Accreditation Standards for Hospitals, 3ª Edição⁵. Sua adoção é oportuna para organizações que estejam pleiteando uma homologação internacional.

⁵ Joint Commission International (2007) Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 3ª Edição, Oakbrook Terrace, Illinois, EUA.

Como o Modelo de Autoavaliação é Organizado?

O Modelo de Autoavaliação lista cada um dos padrões e apresenta uma “Declaração de Intenções”, que tem por objetivo auxiliar a equipe a compreender tais padrões e sua importância. O cumprimento de cada um deles é avaliado de acordo com vários elementos mensuráveis. No total, há 160 elementos mensuráveis e para cada um deles existem quatro colunas:

O QUE É NECESSÁRIO?	COMO ESTE ELEMENTO É AVALIADO?	PONTUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
A primeira coluna descreve o elemento de mensuração.	Esta questão indica o que deve ser verificado ao avaliar o elemento mensurável.	A equipe de avaliação deverá atribuir uma pontuação a cada elemento para sua mensuração e continuidade do processo.	Esta coluna é reservada para comentários e observações, e poderá ser útil para determinar as ações necessárias para que um padrão seja alcançado.

Observação: Referências e recursos online gratuitos e úteis para que os padrões sejam alcançados são citados nas notas de rodapé.

Quais Métodos Podem ser Utilizados para a Realização da Avaliação?

Pode-se recorrer a vários métodos para a coleta das informações necessárias à conclusão da avaliação. Alguns são descritos a seguir.



OBSERVAÇÃO

A observação é normalmente utilizada para monitorar as equipes realizando suas tarefas, como as práticas de controle de infecções, as técnicas de aconselhamento e o desempenho dos procedimentos de tratamento. A observação pode ser realizada também durante as rondas de segurança, a fim de estabelecer quão seguras são as práticas adotadas, por exemplo, quanto à administração de materiais nocivos.

A observação também é válida para avaliar as condições das dependências, a disponibilidade de espaço para a execução dos serviços e a segurança do ambiente (em geral, recomenda-se que a administração e os funcionários realizem rondas de segurança em conjunto semanalmente).



ENTREVISTAS

Podem ser realizadas entrevistas individuais com gerentes, membros da equipe e clientes ou discussões em grupo, como os comitês de Controle de Infecções ou de Farmácia e Terapêuticos (se existentes). Tais entrevistas devem ser guiadas por um questionário, mas tendem a transcorrer de modo informal. As entrevistas formais ou os questionários mais estruturados são reservados para fins mais específicos, como uma pesquisa. Tal tipo de ferramenta é útil, por exemplo, para coletar dados relacionados à satisfação da equipe e dos pacientes^{7, 8}.



REVISÃO DE DOCUMENTOS

Algumas informações devem ser obtidas por meio da revisão de documentos, como registros dos pacientes, prontuários médicos, arquivos pessoais, políticas, diretrizes e protocolos, relatórios, planejamentos e atas de reuniões. ●


⁷ Várias perguntas para pesquisa de pacientes podem ser encontradas em: www.nhssurveys.org/Filestore/documents/Inpatient_2009_Core_Questionnaire_v5.pdf

⁸ Perguntas de pesquisa de funcionários disponíveis em: www.cqc.org.uk/_db/_documents/quest_acute.pdf

Após a Autoavaliação: Próximos Passos

4º PASSO: PONTUAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE FALHAS

Após a conclusão da avaliação, a equipe deve calcular a pontuação e rever as descobertas. Esse exercício tem por objetivo identificar as falhas no atendimento a cada um dos princípios, no intuito de gerar ações corretivas e promover melhorias. Esse processo é descrito a seguir.



As respostas para cada princípio são somadas para determinar o nível atingido, da seguinte forma:

- ① Inclua as pontuações para cada questão. A pontuação principal é:
 - 0 = O padrão não foi atendido.
 - 5 = Alguns elementos estão presentes, mas os critérios não foram integralmente atendidos.
 - 10 = Os critérios foram integralmente atendidos.
- ② Atribua 0, 5 ou 10 pontos para todos os elementos mensuráveis.
- ③ Determine a pontuação geral somando os pontos de todos os padrões e dividindo o total por 1.600 (a máxima pontuação possível).

Observação: A máxima pontuação possível será inferior em caso de existência de princípios que não sejam aplicáveis (como, por exemplo, fertilização *in vitro* ou transplante de órgãos). Se isso ocorrer, subtraia 10 pontos da máxima pontuação possível para cada elemento não aplicável no caso de sua instituição de saúde.

A equipe estará apta a determinar o percentual dos princípios atendidos para cada categoria, bem como o percentual geral dos princípios atendidos. Esse percentual será um guia para destacar as principais falhas e revelar onde a organização deve focar sua atenção. A equipe deve preparar um gráfico da pontuação geral e utilizá-lo como parâmetro para acompanhar o progresso contínuo. ●

5º PASSO: DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE AÇÃO

A equipe deve desenvolver um plano de ação para sanar as falhas, com o intuito de atender aos princípios. Cada elemento mensurável que tenha recebido uma pontuação de “parcialmente atendido” ou “não atendido” exige uma ação.

Algumas das ações a serem tomadas provavelmente serão diretas. Por exemplo, se um processo de verificação da qualidade da água for necessário, então a ação está clara – deve-se elaborar um procedimento identificando a pessoa responsável pela verificação da água, e quando e como ela fará isso. Em alguns casos, porém, a ação não é tão evidente. Nesses casos, a equipe precisará coletar informações adicionais para elucidar a questão. Diante, por exemplo, de uma taxa elevada de pedidos incompletos de medicamentos, é preciso investigar a causa – que pode não estar relacionada ao ingresso de novos profissionais no hospital. Tal dedução é importante para determinar a ação corretiva para o problema.

ANÁLISE DE FALHAS NA QUALIDADE



Algumas falhas podem ter difícil solução, exigindo o auxílio de um especialista. Em outras circunstâncias, pode haver uma resistência interna à ação corretiva (por exemplo, relacionadas a novas práticas de trabalho), o que demandará suporte da gestão.

O plano de ação deve ser o mais específico possível, inclusive quanto às responsabilidades e aos prazos.

Exemplo de plano de ação

O QUE DEVE SER FEITO?	QUEM SERÁ RESPONSÁVEL PELA SUA EXECUÇÃO?	QUANDO SERÁ REALIZADO?
Desenvolvimento de política e procedimento para a obtenção de consentimento informado	Maria da Silva, enfermeira sênior, Ala Cirúrgica	15 de maio

Cada ação exige uma avaliação. Após a implementação de uma política ou de um procedimento para o teste de qualidade da água, por exemplo, é necessário conduzir uma avaliação para determinar se o processo vem sendo executado da forma planejada. ●

6º PASSO: COMUNICAÇÃO DAS DESCOBERTAS E AÇÕES

As descobertas da avaliação e os planos de ação devem ser compartilhados com todos os principais envolvidos. Um plano de comunicação tem de considerar:

① QUEM PRECISA DAS INFORMAÇÕES?

Lista de todos os indivíduos ou grupos que devem possuir as informações, como funcionários, Conselho de Administração, comitês.

② QUAIS INFORMAÇÕES SÃO NECESSÁRIAS?

Cada grupo possui necessidades distintas de informações. Por exemplo: o Comitê de Controle de Infecções estará interessado nas descobertas relacionadas a princípios específicos; já o Conselho de Administração, num resumo das descobertas.

③ COMO SERÃO TRANSMITIDAS AS INFORMAÇÕES?

O modo de comunicar varia conforme o grupo visado. Para o Conselho de Administração, um relatório formal seria mais apropriado; para a equipe médica, uma apresentação poderá ser mais eficiente.

④ QUEM TRANSMITIRÁ AS INFORMAÇÕES?

A pessoa escolhida para transmitir as informações deverá ser um indivíduo com autoridade e competência.

⑤ QUANDO AS INFORMAÇÕES SERÃO TRANSMITIDAS?

Devem ser estabelecidas datas específicas, de forma a permitir o monitoramento do Plano de Comunicação.

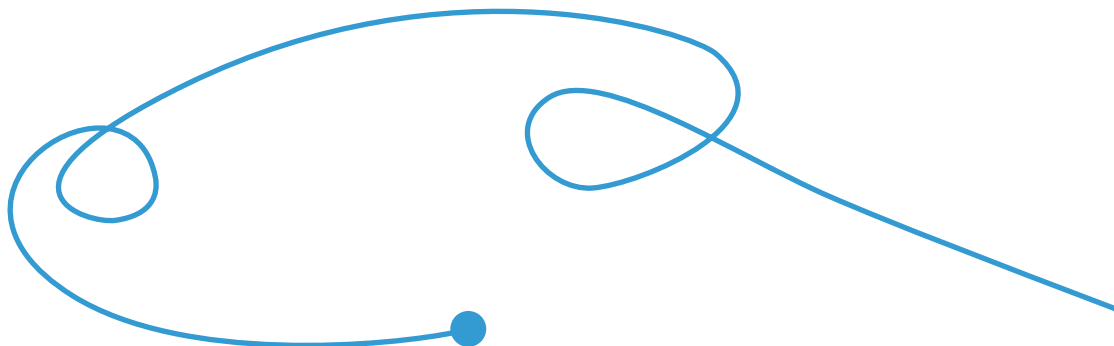
Exemplo de Plano de Comunicação

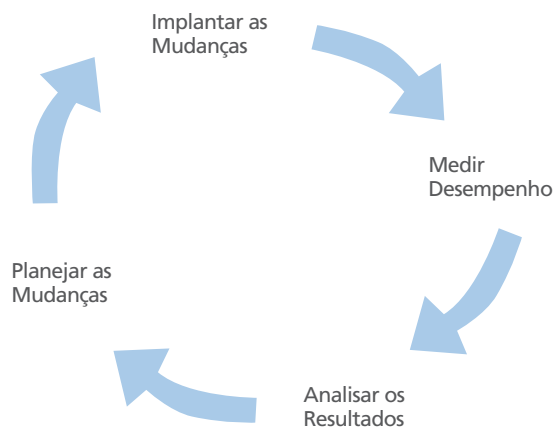
QUEM PRECISA DAS INFORMAÇÕES?	QUAIS INFORMAÇÕES SÃO NECESSÁRIAS?	COMO AS INFORMAÇÕES SERÃO TRANSMITIDAS?	QUEM IRÁ TRANSMITIR AS INFORMAÇÕES?	QUANDO AS INFORMAÇÕES SERÃO TRANSMITIDAS?
Toda a equipe clínica	Política e procedimento de consentimento informado	Apresentação formal	Maria da Silva, enfermeira sênior, Ala Cirúrgica	15 de maio

7º PASSO: MANUTENÇÃO DO GANHO

Este guia é aplicável tanto a instituições já habituadas a processos de autoavaliação quanto a organizações que se autoavaliam pela primeira vez. Neste último caso, vale destacar que, para sustentar os esforços de melhoria, a avaliação inicial tem de ser seguida por outras avaliações ao longo do tempo, a fim de monitorar os progressos obtidos.

As instituições “estrangeiras” na metodologia podem optar, de início, por focar a atenção num pequeno número de princípios em áreas prioritárias específicas, estendendo aos poucos sua atuação para outros princípios adicionais. Os planos de ação são úteis para dar sequência ao processo, e a avaliação completa pode ser realizada semestralmente ou anualmente. Convém considerar também que a autoavaliação não é uma ação isolada, mas parte de um ciclo contínuo de melhoria da qualidade.





Mesmo na situação hipotética de ter todos os princípios atendidos integralmente, as organizações devem continuar realizando avaliações, no mínimo, anuais, a fim de manter a dinâmica do processo de melhoria. ●

Queremos conhecer a sua opinião.

O que você achou deste guia?

Como foi sua experiência ao utilizá-lo?

Agradecemos suas críticas e sugestões para tornar este conteúdo mais útil e relevante.

Envie seus comentários para o e-mail:

movimento.azul@bicbanco.com.br



Créditos

Coordenação

Comunicação e Marketing BICBANCO

Conteúdo

Sustentabilidade BICBANCO

Edição

Buscato Informação Corporativa

Projeto gráfico

Adesign

2ª edição desta publicação

Dez. 2011



www.bicbanco.com.br