

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES DOS CLIENTES DE
UM SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO DE UM HOSPITAL
DE MÉDIO PORTE, COM ENFOQUE EM QUALIDADE

LUCIANO SANTA RITA OLIVEIRA

Rio de Janeiro
Junho / 2006

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DA SAÚDE E ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES DOS CLIENTES
DE UM SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO DE UM
HOSPITAL DE MÉDIO PORTE, COM ENFOQUE EM
QUALIDADE

LUCIANO SANTA RITA OLIVEIRA

Monografia apresentada à
Universidade Estácio de Sá como
requisito para a conclusão do
curso de pós-graduação em
Gestão da Saúde e Administração
Hospitalar.

ORIENTADORES: Prof. Paulo Goskes
Prof. Paulo Cesar Geraldês

Rio de Janeiro
Junho / 2006

Oliveira, Luciano Santa Rita

Gerenciamento das informações dos clientes de um serviço de radiodiagnóstico de um hospital de médio porte, com enfoque em qualidade.

Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro, 2006.

XI, 53 f.

Monografia (Pós-Graduação em Gestão da Saúde e Administração Hospitalar)

1. Hospitais, Administração 2. Sistema de Informação Gerencial 3. Qualidade I. Título

I – Título

II – Centro de Pós-graduação

AGRADECIMENTOS

Aos Prof. Paulo Goskes e Prof. Paulo Geraldês, meus orientadores, pela participação decisiva neste trabalho;

A chefia da Seção de Defesa Nuclear da Divisão DQBN do CTEEx pelo decisivo apoio para a execução deste trabalho;

A chefia da Seção de Radiologia do HGuVM por todo apoio recebido;

Aos colegas da SDN pelo companheirismo e por terem suprido minha ausência; e

A todos que, direta e indiretamente, colaboraram para elaboração deste trabalho

Dedico este trabalho
a minha esposa e ao
meu grande amigo
Gabriel, meu filho.

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo mostrar como uma metodologia para o assentamento dos dados dos clientes de um serviço de radiodiagnóstico de um hospital de médio porte torna-se uma ferramenta de organização, controle, registro, pesquisa e supervisão de dados estando em consonância com modelos de qualidade e atendendo aos requisitos operacionais da portaria 453. Sendo capaz de fornecer informações importantes para a gestão do serviço de radiodiagnóstico, permitindo ganho de eficiência com minimização dos erros na execução dos procedimentos radiológicos, atividades imprescindíveis ao funcionamento do serviço.

ABSTRACT

This job has the main goal to show how one methodology to note down the client data of one radio diagnostic service of one medium hospital can become one organization tool, control, operational registry, data research and supervision being in agreement with quality models and being whitening operational requirements of the Portaria 453. It can be possible to produce important information to an radio diagnostic service management, making it possible an efficiency improvement with execution error reduction in radiodiagnostic procedures, that is very important to the service set going.

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 4.3 – Pacientes por ano de atendimento	41
Figura 4.4 – Pacientes por quadrimestre nos anos de 2000 e 2001.....	42
Figura 4.5 – Pacientes por faixa etária nos anos de 2000 e 2001	43
Figura 4.6 – Pacientes por exames (tórax, coluna e seios da face) nos anos de 2000 e 2001	44
Figura 4.7 – Pacientes por especialidades dos atendimentos radiológicos nos anos de 2000 e 2001	44
Figura 4.8 – Pacientes por turno nos anos de 2000 e 2001	45

LISTA DE QUADROS

Figura 4.1 – Planilha dos dados coletados	39
Figura 4.2 – Totalização das informações	40
Figura 4.9 – Relatório sobre especialidade de atendimento	45

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

HOPE - Comissão Permanente dos Hospitais da U.E. (Hospitals for EurOPE)

HGuVM – Hospital de Guarnição da Vila Militar

ISO – International Organization for Standardization

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OPSH – Organização Prestadora de Serviços Hospitalares

PGuVM – Policlínica da Guarnição da Vila Militar

PMMP – Pavilhão Marechal Médico Emanuel Marques Porto

TQC – Total Quality Control

TQM - Total Quality Management

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
2	REFERENCIAL TEÓRICO	04
2.1	EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO DA QUALIDADE	04
2.1.1	Inspeção	04
2.1.2	Controle estatístico da qualidade	05
2.1.3	Garantia da qualidade	06
2.1.4	Gestão Estratégica da qualidade	07
2.2	AS PRINCIPAIS LINHAS DE PENSAMENTO DA QUALIDADE	07
2.2.1	Os 14 pontos do método Deming	08
2.2.2	A trilogia de Juran	09
2.2.3	Os 14 passos do modelo de Crosby	10
2.2.4	Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian	11
2.3	CERTIFICAÇÃO HOSPITALAR	13
3	QUALIDADE EM SAÚDE	16
3.1	ENTENDENDO A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	17
3.2	OS CLIENTES: A BASE DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS	19
3.2.1	O paciente/cliente: Centro da administração da qualidade	19
3.2.2	Clientes de saúde: Utilizadores de serviços de saúde	20
3.2.2.1	Clientes externos	21
3.2.2.2	Clientes internos	22
3.3	GESTÃO DA QUALIDADE NAS OPSH	22
3.3.1	Gestão da qualidade total	24
3.4	CERTIFICAÇÃO VOLUNTÁRIA DA QUALIDADE – ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	25
3.4.1	Metodologia do processo de acreditação hospitalares	26

4	GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES DOS CLIENTES DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO	29
4.1	DIRETRIZES DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA	30
4.2	PARÂMETROS DE QUALIDADE EM UM SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO	31
4.3	HISTÓRICO DO HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DA VILA MILITAR – HGUVM	34
4.4	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO	36
4.5	METODOLOGIA DE PESQUISA	38
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS	50
	GLOSSÁRIO	52

1 INTRODUÇÃO

O hospital ou organização prestadora de serviços de hospitalares (OPSH) desenvolve uma função determinante na vida das pessoas. Os clientes desta organização são formados por clientes internos: corpo clínico e funcionários; e clientes externos: paciente/cliente, familiares e financiadores da assistência a saúde. Sua missão não deve apenas limitar-se a restaurar a saúde do paciente mas ir além. Segundo definição da Organização Mundial de Saúde o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde. Tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais.

Num ambiente cada vez mais competitivo, marcado por transformações sociais e tecnológicas, torna-se necessário rever o tipo de gestão que esta organização esta recebendo. A gestão de uma organização hospitalar necessita enxergar seus clientes e identificar o que eles necessitam. Ela precisa identificar o novo perfil do seu cliente: mais exigente e mais consciente de seus direitos.

As organizações prestadoras de serviços, entre elas o hospital, devem seguir um novo estilo de gestão marcado pela melhoria da qualidade, objetivando maximizar os benefícios aos pacientes, otimizar o uso dos recursos da organização, obter níveis de excelência nos procedimentos administrativos e clínicos e no atendimento das necessidades dos pacientes, reduzir custos e eliminar o desperdício, e garantir a máxima satisfação dos clientes sejam eles internos ou externos (MEZOMO, 2001).

Todos os setores de uma organização prestadora de serviços hospitalares devem acompanhar este novo estilo de gestão, para que um padrão de qualidade desejado

seja alcançado. Segundo a acreditação hospitalar, que é um processo voluntário de certificação de qualidade de uma organização prestadora de serviços de saúde, não se avalia um serviço ou departamento isoladamente pois, toda a estrutura e processos do hospital são de tal ordem interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final.

O serviço de radiodiagnóstico de um hospital responde por uma especialidade médica que tem como objetivo o diagnóstico para auxiliar no tratamento dos pacientes/clientes utilizando como suporte técnico fundamental as imagens e os dados morfológicos e funcionais obtidos por meio de radiações ionizantes. Entretanto, a eficácia e o sucesso de tal exame depende da produção de imagens com qualidade diagnóstica. Radiografias sem qualidade diminuem a probabilidade de diagnóstico correto, descreditando a imagem radiológica como instrumento eficaz de gerar este diagnóstico, ocasionando a realização de outros exames e comprometendo a qualidade percebida pelo cliente de saúde do serviço prestado.

O gerenciamento das informações dos clientes de saúde de um serviço de radiodiagnóstico desempenha papel fundamental para a obtenção do produto final do serviço, radiografias com qualidade diagnóstica. A maneira como se controla e registra todos os eventos relacionados ao cliente de saúde desde sua chegada ao serviço de radiodiagnóstico até sua saída com o exame ou encaminhamento do resultado ao médico solicitante, assegurando a integração e confiabilidade das informações torna-se a principal ferramenta para o gerenciamento do serviço (BURMESTER, 2003).

O gerenciamento do serviço para obter o resultado final desejado, deve estar baseado numa metodologia que venha a subsidiar os principais processos administrativos do serviço como: a recepção dos clientes; realização dos exames; análise e elaboração de laudos; entrega de laudos aos pacientes/clientes, e que atenda as diretrizes de proteção radiológica do Ministério da Saúde onde está previsto que deve ser mantido

um sistema de assentamento de dados sobre os procedimentos radiológicos realizados como parte integrante do programa de proteção radiológica dos serviços de radiodiagnóstico.

Para que o gerenciamento destas informações citadas seja obtida de forma eficiente, deve estar baseado na coleta, comparação e assentamento organizados de um grande volume de dados. Tendo como referencial teórico os autores das principais linhas de pensamento da qualidade como Deming, Juran, Crosby e o principal nome da qualidade em saúde Donabedian, é retratada neste trabalho, uma metodologia que foi desenvolvida a partir dos dados de atendimentos assentados referente aos anos de 2000 e 2001 coletados durante a realização do projeto técnico-científico - Avaliação dos procedimentos em Radiodiagnóstico Convencional, com ênfase em Proteção Radiológica - de caráter não militar realizado no Hospital de Guarnição da Vila Militar, uma organização militar de saúde do Exército, visando organização, controle, registro e supervisão de dados de um serviço de radiodiagnóstico de um hospital oficial de médio porte localizado na cidade do Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 2002).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Antes de falar do desenvolvimento de um método que obtivesse informações relevantes dos pacientes/clientes para a gestão de um serviço de radiodiagnóstico com a qualidade desejada, é necessário precisar o sentido atribuído à qualidade deixando claro que ela representa uma filosofia de ação e um compromisso institucional e apresentar o enfoque dos principais autores sobre qualidade sendo destacado também, estudos referentes a certificação de qualidade hospitalar.

2.1 EVOLUÇÃO DO PENSAMENTO DA QUALIDADE

Como conceito, conhece-se a qualidade há milênios. No entanto, só recentemente ela surgiu como função de gerência. Segundo Garvin, os diversos períodos e acontecimentos relacionados à qualidade podem ser apresentados em quatro fases: inspeção, controle estatístico da qualidade, garantia da qualidade e gestão estratégica da qualidade (MARSHALL JUNIOR, 2004).

2.1.1 Inspeção

Nos primórdios da era industrial e até meados do século XIX, quase tudo era fabricado por artesãos. A inspeção era implementada segundo critérios especificados pelo

próprio artesão e sua pequena equipe de colaboradores. Era um procedimento natural e corriqueiro.

Com o surgimento da produção em massa, houve necessidade do uso de peças intercambiáveis. A inspeção passou a ser formal e realizada no processo produtivo.

No início do século XX, Frederick W. Taylor, o criador da administração científica, atribui maior legitimidade à atividade de inspeção, separando-a do processo de fabricação e atribuindo-a a profissionais especializados.

Com a produção em massa a inspeção tornou-se inadequada. Era extremamente oneroso realizar a inspeção em 100% dos produtos. Nesse contexto surgiu o controle estatístico da qualidade.

2.1.2 Controle estatístico da qualidade

Um marco dessa nova era foi a publicação, em 1931, da obra *Economic Control of Quality of Manufactured Product* (Shewhart, 1931), que conferiu um caráter científico à prática da busca da qualidade, sendo o primeiro a reconhecer que a variabilidade era um fato concreto na indústria. A questão, portanto, era identificar as variações aceitáveis do processo devidas ao acaso e os problemas reais no processo produtivo (CAIADO, 2004)

O controle estatístico da qualidade apresentou duas características básicas: o controle estatístico do processo e as técnicas de amostragem.

As técnicas de amostragem possibilitaram a formulação de planos de amostragem que limitavam o número de defeitos a um determinado percentual, garantindo a aceitação ou a rejeição do lote de produtos fabricados.

O controle estatístico da qualidade consolidou-se na fábrica. Entretanto, a partir de 1950, houve necessidade de ampliar essa visão basicamente estatística. Com isso, iniciou-se a fase da garantia da qualidade (CAIADO, 2004).

2.1.3 Garantia da qualidade

Quatro elementos distintos passaram a fazer parte desta nova era: quantificação dos custos da qualidade, controle total da qualidade, engenharia da confiabilidade e zero defeito.

As três primeiras fases da evolução da qualidade foram marcadas basicamente por um objetivo: a prevenção de defeitos. Na primeira ocorreu a divisão dos custos em evitáveis e inevitáveis chegando a conclusão que os custos relativos as falhas poderiam ser reduzidos com investimentos em melhoria da qualidade. Na segunda afirmava-se que para eficácia era preciso que o controle passasse pelo projeto do produto e só terminasse quando o mesmo fosse entregue ao cliente. Na terceira buscava-se técnicas que visavam a redução do número de falhas estudando do produto. Porém nestas três fases a qualidade não era pensada sob o ponto de vista estratégico. Somente na fase de zero defeito ocorreu buscar a realização correta do trabalho na primeira vez, por meio da motivação e conscientização dos funcionários.

2.1.4 Gestão estratégica da qualidade

Especialmente nas duas últimas décadas do século XX a qualidade passou efetivamente a ser percebida como uma disciplina de cunho estratégico, além do seu viés tradicionalmente técnico. A qualidade passou a ser definida do ponto de vista do cliente.

Na gestão estratégica rompe-se as barreiras da organização, a expectativa de satisfação relaciona-se com o que a concorrência oferece e com a aceitabilidade do produto pelo cliente.

A principal diferença entre a abordagem da qualidade no início do século XX e atual é que agora ela esta relacionada às necessidades e aos anseios dos clientes. Independente do tamanho da organização, observam-se programas de qualidade e melhoria da empresa. Não importa ter o melhor processo para fazer o melhor produto se ele não está em sintonia com o consumidor, razão de ser de todos os processos organizacionais (MARSHALL JUNIOR, 2004).

2.2 AS PRINCIPAIS LINHAS DE PENSAMENTO DA QUALIDADE

Dentre as linhas de pensamento da qualidade, destacam-se os enfoques de Deming, Juran, Crosby e o grande nome da qualidade em saúde Donabedian.

2.2.1 Os 14 pontos do método Deming

Marshall Junior (2004) relata que as idéias de Deming nortearam o conhecimento a respeito da qualidade. Ele propõe os 14 pontos para gestão que descrevem o caminho para a qualidade total, o qual deve ser continuamente aperfeiçoado. São eles:

1. Criar constância de propósitos para a melhoria do produto e do serviço.
2. Adotar esta nova filosofia.
3. Cessar a dependência da inspeção em massa.
4. Acabar com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhorar constantemente o sistema de produção e de serviços.
6. Instituir treinamento.
7. Adotar e instituir liderança.
8. Afastar o medo.
9. Romper as barreiras entre os diversos setores.
10. Eliminar slogans, exortações e metas para a mão-de-obra.
11. Suprimir as quotas numéricas para a mão-de-obra e eliminar objetivos numéricos para o pessoal de administração.
12. Remover as barreiras que privam os profissionais do orgulho no trabalho realizado.
13. Estimular a formação e o auto-aprimoramento de todos.
14. Tomar iniciativa para realizar a transformação.

Deming criticou o sistema empresarial norte-americano por não adotar a participação dos trabalhadores no processo de decisão. Acreditava que os gestores eram os principais responsáveis pelos problemas da qualidade e na realidade deveriam remover as barreiras que impediam a realização de um bom trabalho (MARSHALL JUNIOR, 2004).

2.2.2 A trilogia de Juran

Juran foi o primeiro a aplicar os conceitos da qualidade à estratégia empresarial. O controle de qualidade deixou de ser visto apenas como um instrumento estatístico voltado para os engenheiros na linha de produção e passou a ser encarado como ferramenta de administração, levando ao estabelecimento do denominado controle de qualidade total.

Segundo Juran a gestão da qualidade compreende três processos básicos - planejamento, controle e melhoria - a chamada trilogia de Juran. Considerando esses três pontos, ele admite que a administração da qualidade pouco difere das práticas financeiras tradicionalmente utilizadas. Define qualidade como 'adequação ao uso', isto é, aquilo que atende às necessidades do cliente. Para ele, um produto ou serviço deve estar livre de defeitos ou erros e essa premissa precisa ser incorporada ao processo desde o início.

Os componentes da trilogia de Juran:

1. Planejamento da qualidade

- Determine quem são os clientes;
- Determine as necessidades dos clientes;
- Desenvolva características dos serviços que respondam às necessidades dos clientes;
- Transfira o plano para o nível operacional.

2. Controle da qualidade

- Avalie o desempenho do serviço;
- Compare o desempenho real com os objetivos do serviço;
- Atue sobre a diferença.

3. Melhoria da qualidade

- Estabeleça a infra-estrutura;
- Identifique os projetos de melhoria;
- Estabeleça os projetos dos times;
- Forneça aos times recursos, treinamento e motivação para diagnosticar as causas, estimular a implantação das soluções, estabelecer controles para garantir os ganhos.

2.2.3 Os 14 passos do modelo de Crosby

Crosby está associado aos conceitos de zero defeito e de fazer certo na primeira vez. Para ele, qualidade significa conformidade com especificações, que por sua vez, variam de acordo com as necessidades dos clientes. Ele acredita que zero defeito não é apenas um slogan, mas um padrão de desempenho. Sua maior contribuição foi a quantificação da qualidade em termos financeiros, levando os gerentes a entender que atingir a qualidade é mais barato do que não atingi-la.

A base filosófica para a cultura da qualidade desejada é delineada pelos quatro princípios de gestão da qualidade (MARSHALL JUNIOR, 2004):

- A definição de qualidade é a conformidade com os padrões;
- O sistema de qualidade é a prevenção;
- O padrão de desempenho é o defeito zero;
- A mensuração da qualidade é o preço da não-conformidade

Segundo Crosby, os 14 passos para o processo de desenvolvimento da qualidade são:

1. Comprometimento da gerência;
2. Grupo de melhoria da qualidade;
3. Mensuração (estabelecer padrões);
4. Custos da qualidade;
5. Conscientização;
6. Ação corretiva;
7. Planejamento “zero defeito”;
8. Educação do empregado;
9. Dia do zero defeito;
10. Estabelecimento de meta;
11. Remoção da causa do erro;
12. Reconhecimento;
13. Conselhos da qualidade;
14. Fazer tudo de novo.

2.2.4 Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

Donabedian desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade, que corresponde às noções da Teoria Geral de Sistemas: input-process-output.

1. Estrutura - corresponde às características mais estáveis da assistência de saúde: refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos

indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Uma estrutura adequada aumenta a probabilidade da assistência prestada ser de melhor qualidade.

2. Processo - abrange todas as atividades desenvolvidas dos profissionais de saúde para os pacientes/clientes, com base em padrões aceitos. É sobre essas relações que se obtém os resultados da assistência. No processo aparece os aspectos éticos da relação equipe de profissionais de saúde-paciente/cliente. Tudo o que diz respeito aos cuidados da saúde pode ser considerado como processo.
3. Resultado - produto final da assistência prestada considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Apesar da resistência de alguns setores da saúde em aceitar a abordagem sistêmica de qualidade, a sistematização da complexidade da saúde, permite que se estabeleça indicadores específicos para cada uma das dimensões consideradas. Donabedian desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado da saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir da mensuração precisa da qualidade da assistência prestada. Para esse autor, o desempenho das atividades dos profissionais da área de saúde é o tema central. Ele atribuiu, inicialmente, três dimensões à qualidade: conhecimento técnico-científico, relações interpessoais entre os profissionais e o paciente/cliente e ambiental, isto é, condições de conforto e bem-estar oferecidas ao paciente/cliente, depois ampliou o conceito de qualidade, utilizando o que chamou de 'sete pilares da qualidade': eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian:

1. Eficácia - capacidade de produzir melhorias na saúde e no bem-estar. Significa obter o melhor dado sobre o estado do paciente, mantidas constantes as demais circunstâncias.

2. Efetividade - é a medida do nível de melhoria da saúde com a obtenção dos objetivos que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.
3. Eficiência - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
4. Otimização - torna-se relevante à medida que o processo de adicionar benefícios pode ser desproporcional aos custos acrescidos.
5. Aceitabilidade – sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias.
6. Legitimidade - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.
7. Equidade - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

2.3 CERTIFICAÇÃO HOSPITALAR

A certificação hospitalar é um processo de reconhecimento da existência de determinados padrões de qualidade nos serviços de saúde de uma comunidade. Ela, porém, não garante, por si, que os serviços prestados sejam de qualidade, indica somente que os serviços têm condições de produzi-la caso assim o desejem.

A certificação hospitalar indica para os clientes de saúde as instituições que atendem a certas expectativas de qualidade. Essas expectativas podem estar

relacionadas à infra-estrutura - Onde existe uma organização com serviço radiológico?, ou a processos de cuidados - Qual o tempo de espera para ser atendido no ambulatório ou na emergência? ou ainda a resultados dos cuidados - Será que meu filho vai ficar bom?

Sem ter qualquer sentido de fiscalização, o que seria inútil, principalmente se apenas avaliasse o passado da organização, a certificação é, antes de tudo, um processo educativo que visa sensibilizar a gestão para a criação de um ambiente organizacional adequado à produção de serviços de qualidade.

A certificação é também, um selo de qualidade ou de expectativa de qualidade dada às instituições que buscaram a qualidade nos serviços, afirmando publicamente que a maneira de agir desta instituições merece confiança dos clientes.

O processo de certificação representa a necessidade urgente de se racionalizar o uso de recursos da saúde, otimizando os seus benefícios e minimizando seus riscos e custos. Além disso é uma questão de fidelidade à missão da organização e de respeito aos direitos dos clientes que se entregam confiantes aos que lhes prestam cuidados.

A metodologia de implantação de um processo de certificação hospitalar deve levar em conta as seguintes etapas (MEZOMO, 2001):

1. Desenvolvimento de indicadores de qualidade relativos à estrutura, aos processos e aos resultados. Estes indicadores devem:
 - ser aplicáveis a todos os hospitais, respeitadas suas características;
 - estar relacionados à qualidade técnica, ambiental e das relações interpessoais;
 - ser construídos com a participação dos clientes;
 - estar relacionados mais com os objetivos do que com os mecanismos e processos;
 - ser viáveis; e
 - ser passíveis de supervisão (avaliação-medição).

2. Aplicação dos indicadores (avaliação do hospital) à própria administração da organização, à sua estrutura, aos processos e aos resultados.
3. Educação (um processo de certificação é fundamentalmente um processo educativo e não fiscalizador)
4. Reconhecimento
 - Os hospitais certificados por terem atingido os padrões (cumprido os indicadores) devem receber algum tipo de reconhecimento pelo seu esforço, até mesmo para motivá-los a obterem novas marcas.

A certificação é um processo educativo que serve à melhoria da qualidade dos serviços hospitalares é o reconhecimento da existência dos indicadores da qualidade e que testemunha a seriedade com que a organização prestadora de serviços hospitalares encara seu trabalho e garante sua legitimidade social.

3 QUALIDADE EM SAÚDE

Historicamente pode-se situar a preocupação com qualidade nos serviços de saúde em tempos imemoriais. É pouco provável que, mesmo nos primórdios do que seriam serviços de saúde, se atuasse sobre um ser humano sem ter maior preocupação com a qualidade do resultado deste trabalho.

Os conceitos mais recentes de gerência com qualidade fizeram parte do esforço de recuperação do Japão após a Segunda Guerra Mundial, e se disseminaram primeiro para os EUA, formação da Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar que posteriormente passou a se chamar Comissão conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS) na década de 1950, e daí para o mundo todo, a partir da década de 1950 (FELICÍSSIMO, 2002).

No Brasil, o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, a partir de 1995, baseado no Prêmio Nacional da Qualidade, desenvolveu, inclusive entre hospitais do Rio Grande do Sul, uma cultura organizacional voltada para a qualidade gerencial. O CCAOS inspirou vários programas de qualidade entre eles o programa de acreditação hospitalar da Organização Pan-Americana da Saúde que, no Brasil, se materializou na Organização Nacional de Acreditação, em 1999.

Em resumo, os antecedentes das práticas contemporâneas de gestão para a qualidade em saúde têm três origens genéricas: o método científico, as associações profissionais e os modelos industriais, com destaque para a gestão para a qualidade total (TQM) e a melhoria contínua da qualidade (MCQ).

3.1 ENTENDENDO A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Buscar entender qualidade nos serviços de saúde é, antes de tudo, perceber sua falta ou ausência. É perceber que na realidade o que se pratica em muitos casos, conforme frequentemente noticiado, nos hospitais é a não qualidade, que é caracterizada entre outros fatores por:

- (a) Reuniões improdutivas.
- (b) Excesso de estoques.
- (c) Desperdício.
- (d) Processos inadequados.
- (e) Adoção de fluxo de informação inadequado.
- (f) Realização de exames desnecessários (aproximadamente 50% dos exames radiológicos são desnecessários) (MEZOMO, 2001).
- (g) Redução da vida útil dos aparelhos (falta de manutenção preventiva).

O grande nome da qualidade em saúde, Avedis Donabedian, define a qualidade como uma propriedade da atenção médica com diversos graus ou níveis. Esta propriedade pode ser definida como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o paciente, benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

Donabedian absorveu da teoria de sistemas a noção de indicadores de estrutura, processo e resultado do atendimento hospitalar, que se tornou clássica nos estudos de qualidade em saúde.

A estrutura que compreende os recursos materiais, tais como as instalações e os equipamentos, os recursos humanos, tais como sua quantidade, variedade e qualificação, e as características organizacionais, tais como a organização do staff

médico, de enfermagem e dos demais profissionais, a existência das funções de ensino e pesquisa, o tipo de supervisão exercida, os processos de revisão e métodos de pagamento pelos cuidados, podem gerar indicadores, como por exemplo, número de funcionários por leito, enfermeiros por leito etc.

O processo diz respeito ao atendimento médico, de enfermagem e de outros profissionais que interferem no diagnóstico e/ou terapêutica, gerando indicadores tais como os ligados ao uso de antibióticos, percentual de condutas invasivas comparado com tratamentos conservadores etc. Os mais comuns e valorizados atualmente, são os indicadores relacionados com as saídas do sistema: os produtos, os resultados e o impacto ou efeito.

Os indicadores do produto final podem ser identificados nos números de pacientes saídos do sistema, curados ou não; com seqüelas ou não. O resultado disto pode ser expresso no número de pacientes que retornam à vida econômica ativa e os que ficam dependentes de alguma ajuda da sociedade ou ainda estas mudanças podem se referir ao estado de serviços de saúde, ao conhecimento adquirido (pelo paciente ou pelos familiares) que pode influir na saúde, ao conhecimento adquirido (pelo paciente ou pelos familiares) que pode influir na saúde futura e ao comportamento (do paciente ou da família) que pode favorecer ou prejudicar a manutenção da saúde futura. E, por fim, o impacto do retorno deste paciente à atividade econômica. Com freqüência se diz que a qualidade do atendimento médico-hospitalar deveria ser medida, antes de tudo, pelos produtos resultantes de sua ação: óbitos ocorridos e suas causas; casos de infecção hospitalar; números de erros médicos; cirurgias realizadas, a satisfação com os cuidados e com seus resultados por parte dos pacientes e de seus familiares etc.

A estrutura, os processos e os resultados não são elementos autônomos e dissociados. Pelo contrário, eles estão intimamente relacionados e mantêm uma certa linha de causalidade e efeito que é preciso avaliar com cuidado.

Dadas as relações existentes entre estrutura, processos e resultados, a avaliação da qualidade deve levar em conta todos estes três fatores e deve tentar identificar o grau ou nível de causalidade e efeito existente. Somente assim, será possível tomar medidas que venham a impedir a repetição de resultados não desejados.

3.2 OS CLIENTES: A BASE DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS

O setor de serviços sempre teve contato direto com o cliente, mas só há pouco tempo ele se deu conta do seu novo perfil mais exigente, mais crítico e mais cioso do valor de seu dinheiro. O cliente hoje, sabe analisar a relação custo-benefício dos serviços de que se utiliza. Ele é seletivo em suas compras e exige qualidade.

A busca da excelência pela satisfação do cliente significa e exige mudanças, e toda mudança gera reações de efeitos imprevisíveis. Quem define a excelência ou não dos serviços são os clientes (pacientes, familiares, médicos, funcionários e financiadores da saúde). Quando se entra em um setor de serviços, como um hospital, espera-se um atendimento que venha ao encontro de suas expectativas. A gestão da qualidade centra-se no cliente, ele é o bem mais valioso para a instituição.

3.2.1 O paciente/cliente: Centro da administração da qualidade

Uma das maiores dificuldades dos hospitais sempre foi e continua sendo, a incapacidade de seus gestores em visualizar o leque de entes que a expressão cliente

de saúde abrange. Qual é o negócio das empresas prestadoras de serviços? Certamente, oferecer serviços. Quem é meu cliente? Nas instituições de saúde deve-se ter em mente que o hospital é um prestador de serviços, porém a abrangência da expressão cliente da saúde sempre esteve restrita à palavra paciente, nomenclatura cuja viabilidade de sua substituição os gestores jamais analisaram, e muito menos o impacto de seu significado num mercado cada vez mais competitivo e exigente (TARABOULSI, 2003).

Transformar o paciente/cliente na razão de ser do hospital é o caminho para os hospitais interessados na prática de uma administração de nova geração, preocupada com a melhoria contínua da qualidade.

3.2.2 Clientes de saúde: Utilizadores de serviços de saúde

Na última década, o movimento pela qualidade, introduzido nos setores industriais e de serviços, expandiu-se para o setor de saúde. As teorias de controle de qualidade e melhoria de qualidade formuladas por Juran, Deming, Crosby, e Donabedian, bem como as abordagens abrangentes de gerenciamento pela qualidade da Gestão pela Qualidade Total (GQT) e Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) ganharam espaço no funcionamento cotidiano de instituições de saúde em todo o mundo.

O conceito de cliente é essencial do ponto de vista da área de saúde. A ISO 8402 define cliente como receptor de um produto entregue pelo fornecedor e uma definição de paciente/cliente citada pela HOPE (Comissão Permanente dos Hospitais da U.E.) define o mesmo como pessoa ou grupo de pessoas que recebeu, recebe ou irá receber cuidados de saúde e a saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde

(OMS), é o 'Perfeito bem estar físico, social e mental e não a simples ausência de doença ou enfermidade' (Relatório HOPE, 2000).

É importante reconhecer os diferentes tipos de clientes da saúde, para que se possa compreender os mecanismos específicos para a orientação e satisfação desses clientes. Estes podem ser agrupados em clientes externos e internos e um importante grupo de clientes é constituído pelos financiadores (públicos ou privados) da saúde.

3.2.2.1 Clientes externos

Os procedimentos de qualidade baseiam-se na satisfação das necessidades dos clientes. No setor da saúde existem muitos grupos de clientes. O cliente mais importante é o paciente/cliente, mas os familiares e financiadores da assistência à saúde são, também, clientes. Os pré-requisitos para serviços de alta qualidade são a identificação e a satisfação das necessidades dos vários clientes. As necessidades dos pacientes/clientes são variadas e esperam receber cuidados de elevada qualidade que melhorem a sua saúde, mesmo que não consigam especificar os aspectos de qualidade clínica do seu tratamento.

Os financiadores da saúde, públicos ou privados, são parte essencial no processo de qualidade da saúde. Novos mecanismos de pagamento estão sendo elaborados para introduzir maior eficiência na produção dos serviços e, conseqüentemente, reduzir os custos. Por exemplo: sistemas centralizados que anteriormente financiavam todos os gastos com o funcionamento e prestação de serviços à população estão implementando controles nos gastos por meio da introdução de mecanismos de pagamento vinculados aos diagnósticos, de seguro-saúde pago pelo empregador e

dos seguros saúde privados. Esse conjunto de fatores levou os setores de liderança e administração das instituições de saúde a buscar meios de avaliação da qualidade dos serviços prestados pela instituição (ROONEY, 1999).

3.2.2.2 Clientes internos

Dentro dos hospitais, é importante identificar os vários clientes internos e serviços relacionados, tais como os serviços profissionais e organização da assistência, serviços de atendimento ao paciente/cliente, serviço de apoio ao diagnóstico, serviços assistenciais, serviços de abastecimento e serviços de infra-estrutura e apoio logístico. Os hospitais correspondem a um conjunto de unidades interdependentes que prestam serviços umas às outras. Estas unidades recebem serviços umas das outras.

3.3 GESTÃO DA QUALIDADE NAS OPSH

As organizações prestadoras de serviços hospitalares (OPSH) devem ser concebidas como empresas prestadoras de serviços de saúde, em disposição permanente para atender ao maior número de expectativas e demandas de um paciente/cliente, ainda assim, dispostas a operar em um mundo de competência e de qualidade. Essa competência deve ser estabelecida sobre os pilares: planejamento, orçamento, organização, satisfação do trabalhador, avaliação de gestão, disponibilidade de retroalimentação e ética (LONDONO, 2003).

Vários gestores acreditam praticar serviços com qualidade mas, sequer possuem uma estratégia para nortear suas ações. Obtém no máximo uma qualidade virtual que só eles vislumbram. A qualidade de um bem ou serviço é o resultado da implementação harmônica e progressiva, da estratégia eficaz, da inovação e da modernização. Desta forma as OPSH passam a executar processos que utilizam recursos e que objetivam resultados. A qualidade supõe e exige um conjunto integrado de ações e um compromisso de longo prazo, pois ela supõe uma nova cultura organizacional, que só com o tempo é possível construir e que reverterá em ganhos internos e externos para a instituição (MEZONO, 2001).

Dentre os ganhos internos podemos citar:

- a melhoria do moral das pessoas;
- o clima organizacional (positivo);
- a redução do desperdício;
- o aumento da produtividade;
- o aumento da eficiência e da eficácia;
- a maior adequação às normas e às expectativas dos clientes;
- o aumento da responsabilidade pessoal.

Dentre os ganhos externos podemos citar:

- aumento da participação no mercado;
- aumento da credibilidade e confiabilidade;
- aumento do retorno (lucro);
- possibilidade de novos investimentos; e
- melhor serviço à sociedade, que é o verdadeiro sentido e a razão de ser da organização (Missão).

3.3.1 Gestão da qualidade total

De acordo com a ISO 8402, a Gestão da Qualidade Total (TQM) é o método de gestão que dá ênfase à qualidade e se baseia na participação de todos os membros da organização. Os seus objetivos a longo prazo, incluem o sucesso obtido pela satisfação do cliente, o que também resultará em benefício dos membros da organização e da sociedade em geral (Relatório HOPE, 2000).

Mezomo (2001) acrescenta a esta definição para gestão da qualidade total, o cumprimento da Missão da instituição, afirmando que não se pode imaginar que a OPSH consiga a qualidade que se espera sem cumprir sua missão ética, de promover a saúde do paciente/cliente e desta forma, entende a Gestão da Qualidade Total como o esforço integrado da organização para o cumprimento de sua missão, ou seja, para o pleno atendimento das necessidades de seus clientes.

As OPSH têm algumas características especiais que devem ser levadas em conta quando os princípios da gestão da qualidade total e os métodos da gestão da qualidade são aplicados. Estas características incluem um sistema de gestão de políticas em relação à gestão da instituição, as expectativas e valores dos pacientes/clientes em relação aos serviços disponíveis e a integração do vasto leque de especializações da instituição no processo da produção e prestação dos serviços e na divisão interna do trabalho da instituição. Com isso consegue-se atingir a gestão de processos baseada nas necessidades dos pacientes/clientes e também estabelecer um sistema de gestão baseado na gestão de processos.

A filosofia da melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, responde às necessidades básicas tanto de quem presta serviços quanto de quem os utiliza. As instituições e os seus clientes são parceiros de um mesmo objetivo: a própria realização.

3.4 CERTIFICAÇÃO VOLUNTÁRIA DA QUALIDADE – ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

O termo Acreditar significa dar crédito, crer, ter como verdadeiro, dar ou estabelecer crédito. Neste sentido que se utiliza os termos acreditado (que merece ou inspira confiança), acreditador (que ou aquele que acredita) e acreditação significa outorgar a uma organização um certificado de avaliação que expressa a conformidade com um conjunto de padrões previamente estabelecidos.

O modelo surgiu nos Estados Unidos em 1919 com a adoção pelo Colégio de Cirurgiões do “Padrão Mínimo”. Este padrão mínimo foi o precursor do processo de Acreditação Hospitalar nos Estados Unidos, hoje executado pela 'Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations' (KLÜCK, 2002).

Hoje são mais de 18 mil instituições naquele país avaliadas por esta metodologia, entre hospitais, clínicas, casas de saúde, entre outros. Diversos países, entre estes o Brasil, desenvolveram seus programas próprios de acreditação hospitalar baseados no modelo inicial proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Em 1999, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Acreditação Hospitalar. Este Programa é coordenado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e atua através de entidades credenciadas com os objetivos de treinarem acreditadores, desenvolverem estratégias de avaliação e melhorias e procederem ao processo de acreditação de hospitais no país (KLÜCK, 2002).

A acreditação é um programa voluntário, patrocinado por uma organização não governamental, no qual profissionais treinados externamente avaliam a conformidade da organização prestadora de serviço hospitalar com padrões de desempenho pré-estabelecidos. A acreditação abrange a capacidade ou desempenho da instituição, não do profissional individual. A acreditação enfoca estratégias contínuas de melhoria

e alcance de padrões ótimos de qualidade e não apenas a conformidade a padrões mínimos destinados a para garantir a segurança pública (ROONEY, 1999).

Os principais objetivos da acreditação são:

- Melhorar a qualidade dos cuidados da saúde estabelecendo metas ótimas a serem atingidas ao se alcançar os padrões para organizações prestadoras de serviços hospitalares;
- Melhorar a gestão dos serviços de saúde;
- Estabelecer um banco de dados comparativos de instituições de saúde destinado a atender um grupo escolhido de padrões ou critérios de estrutura, processo e resultados (ROONEY, 1999);
- Reduzir custos com os cuidados da saúde aumentando a eficiência, eficácia e efetividade dos serviços;
- Oferecer treinamento as organizações prestadoras de serviços de saúde, gerentes e profissionais de saúde sobre as estratégias de melhoria de qualidade e práticas na área de saúde;
- Transmitir confiança para o paciente/cliente da qualidade dos serviços de saúde.

3.4.1 Metodologia do Processo de Acreditação Hospitalar

A Acreditação Hospitalar é uma metodologia de consenso, racionalização e de ordenamento dos hospitais e, principalmente, de educação permanente do pessoal de serviço e de seus líderes. O primeiro passo para a sua viabilização é a existência do "Manual Brasileiro de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares", que estabelece os itens que devem ser avaliados de forma explícita e

objetiva. O segundo componente relaciona-se com a existência de uma instituição com representações dos diversos segmentos sociais relacionados com a saúde para gerenciar o Sistema Nacional de Acreditação e o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar. A Organização Nacional de Acreditação – ONA exerce esta função desde 1999 e é reconhecida como instituição competente e autorizada para operacionalizar o Processo de Acreditação Hospitalar pela portaria GM/MS 538 (17/04/2001) e resolução nº 921/02 da ANVISA.

Na lógica do processo de acreditação, não se avalia um serviço ou departamento isoladamente. Mesmo que um serviço do hospital esteja plenamente montado, com excepcional qualidade e que tenha alcançado um grau de complexidade compatível com o nível 3, por exemplo, a instituição será acreditada no nível 1 se os outros serviços não conseguirem alcançar níveis superiores a este. O propósito deste enfoque é reforçar o fato de que as estruturas e processos do hospital são de tal ordem interligados, que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final (NOVAES, 1998).

Quanto aos resultados da avaliação realizada, as organizações prestadoras de serviços hospitalares poderão apresentar-se como:

- Não acreditado – não atendimento aos padrões e níveis mínimos exigidos;
- Acreditado – acreditação no nível 1;
- Acreditado pleno – acreditação no nível 2;
- Acreditado com excelência – acreditação no nível 3.

As certificações de 'Acreditado' e 'Acreditado pleno' têm prazos de validade de dois anos, quando o Hospital deverá submeter-se a um novo processo de avaliação.

A certificação de 'Acreditado com Excelência' tem prazo de validade de três anos, devendo em seguida o Hospital submeter-se a um novo processo de avaliação.

Findo o prazo de validade, inicia-se um novo ciclo de acreditação. O Hospital poderá

solicitar inscrição à mesma ou a qualquer outra Instituição Acreditadora, credenciada pela Organização Nacional de Acreditação. A etapa de avaliação e visita seguirão os mesmos métodos, isto é, dentro da metodologia do Processo de Acreditação Hospitalar vigente na data da visita.

Atualmente, quatro serviços já possuem Manual de Acreditação: serviços de Laboratórios Clínicos, de Hemoterapia, de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva, e serviços hospitalares (4ª edição). Neste ano de 2005, a novidade é o primeiro manual das organizações prestadoras de Serviços de Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear.

A responsabilidade dos hospitais acreditados é grande. Além de manter o padrão, eles têm a tarefa de servir de exemplo de correto gerenciamento de seus serviços e de modelo para outras organizações de saúde, que querem ter como marcas a segurança, a qualidade e a ética.

O Ministério da Saúde ao apoiar o programa brasileiro de acreditação hospitalar acelera seu processo de consolidação no País e sinaliza para um modelo de gerenciamento que visa garantir qualidade de assistência de saúde em todas as regiões do país.

4 GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES DOS CLIENTES DE SAÚDE DE UM SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO

Os serviços de radiodiagnóstico são organizações complexas onde a qualidade do produto final – imagem radiológica e laudo – deve ter um apoio sólido da instituição de saúde. Nos últimos anos o aumento da complexidade dos processos assistenciais, o maior nível de informação dos usuários (paciente/clientes), tornaram a implantação dos programas de qualidade uma necessidade e um elemento estratégico para o planejamento e a gestão eficiente dos recursos.

Nos serviços de radiodiagnóstico estes programas além de estar em conformidade com os modelos de certificação da qualidade, como a acreditação hospitalar que comporta um compromisso claro de melhoria da qualidade de atenção ao paciente/cliente, por fazerem uso das radiações ionizantes devem atender as diretrizes de proteção radiológica do Ministério da Saúde que preve a implantação de um programa de garantia de qualidade, integrante do programa de proteção radiológica dos serviços de radiodiagnóstico no qual deve ser mantido um sistema de assentamento de dados sobre os procedimentos radiológicos com o objetivo de reduzir os riscos associados à sua utilização e melhorar a qualidade dos exames realizados, aumentando a confiabilidade dos diagnósticos, e, ainda, promovendo a segurança para os clientes de saúde (pacientes, acompanhantes e profissionais). Para que o gerenciamento destas informações com qualidade seja obtida de forma eficiente, deve estar baseado na coleta, comparação e assentamento organizados de um grande volume de dados.

Durante os anos de 2002 a 2004 foi desenvolvido um método que obtivesse informações relevantes dos pacientes/clientes para a gestão de um serviço de

radiodiagnóstico com a qualidade desejada a partir dos dados de atendimentos assentados referente aos anos de 2000 e 2001 coletados durante a realização do projeto técnico-científico 'Avaliação dos procedimentos em Radiodiagnóstico Convencional, com ênfase em Proteção Radiológica' de caráter não militar realizado no Hospital de Guarnição da Vila Militar. Neste período foram analisados os registros de 19.071 pacientes e que corresponderam a 22.345 procedimentos de exame radiológicos realizados.

4.1 DIRETRIZES DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

Buscando atender a necessidade de padronizar, a nível nacional, os requisitos de proteção radiológica para o funcionamento dos estabelecimentos que operam com raios-x diagnósticos, dada a expansão do uso das radiações ionizantes na medicina e odontologia no país, a necessidade de garantir a qualidade dos serviços de radiodiagnóstico prestados à população, em função dos riscos inerentes ao uso das radiações ionizantes, assim como de compatibilizar a necessidade de assegurar os requisitos mínimos de proteção radiológica aos pacientes, aos profissionais e ao público em geral com a necessidade de se estabelecer uma política nacional de proteção radiológica na área de radiodiagnóstico, o Ministério da Saúde estabeleceu, em 1º de junho de 1998, por intermédio do Regulamento Técnico 'Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico', parte integrante da Portaria 453, que estabeleceu os requisitos básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico e disciplina a prática com os raios X para fins diagnósticos, visando a defesa da saúde dos pacientes, dos profissionais envolvidos e do público em geral.

Este regulamento tem por objetivos (1998, p.2):

- a) Baixar diretrizes para a proteção da população dos possíveis efeitos indevidos inerentes à utilização dos raios-x diagnósticos, visando minimizar os riscos e maximizar os benefícios desta prática;
- b) Estabelecer parâmetros e regulamentar ações para o controle das exposições médicas, das exposições ocupacionais e das exposições do público, decorrentes das práticas com raios X diagnósticos.
- c) Estabelecer requisitos para o licenciamento e a fiscalização dos serviços que realizam procedimentos radiológicos médicos e odontológicos.

Este regulamento deve ser adotado em todo o território nacional pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito privado e público, envolvidas com:

- a) A produção e comercialização de equipamentos de raios-x diagnósticos, componentes e acessórios.
- b) A prestação de serviços que implicam na utilização raios-x diagnósticos para fins médicos e odontológicos.
- c) A utilização dos raios-x diagnósticos nas atividades de pesquisa biomédica e de ensino.

A Portaria 453, como passou a ser conhecida este regulamento técnico, é um componente básico da política nacional de proteção radiológica e segurança na área de radiodiagnóstico, em consonância com a política nacional de saúde. Disciplina a prática em radiodiagnóstico médico e odontológico, visando a defesa dos pacientes, dos profissionais e do público em geral. Define responsabilidades e apresenta as regras básicas aplicáveis aos vários segmentos envolvidos, incluindo fornecedores, prestadores de serviços, autoridades sanitárias e profissionais da área.

4.2 PARÂMETROS DE QUALIDADE EM UM SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO

A Portaria 453 define em seu capítulo 3 no sub-título de Garantia de Qualidade que os titulares dos serviços, que são os responsáveis principais pela aplicação deste Regulamento, devem implementar um programa de garantia de qualidade, integrante

do programa de proteção radiológica. Devendo este programa identificar, possíveis falhas de equipamentos e erros humanos que possam resultar em exposições médicas indevidas e promover as medidas preventivas necessárias, determinar os valores representativos das doses administradas nos pacientes em decorrência dos exames realizados no serviço e verificar se podem ser reduzidas, e ainda incluir, o assentamento dos testes e avaliações realizadas e os resultados obtidos, assim como a documentação e verificação dos procedimentos operacionais e das tabelas de exposição, considerando os requisitos de proteção radiológica estabelecidos na mesma.

Com tais propósitos verifica-se no capítulo 3 sobre Requisitos Operacionais no item 3.51 dessa Portaria, respectivamente:

- Que o responsável legal pelo serviço deve manter um sistema de assentamento de dados, conforme discriminado neste Regulamento, sobre os procedimentos radiológicos realizados, sistema de garantia da qualidade, controle ocupacional implantado e treinamentos realizados.
- Que cada procedimento radiológico deve ser assentado, constando de (1998, p.13):
 - (i) data do exame, nome e endereço completo do paciente, sexo, idade, indicação do exame, tipo de procedimento radiológico realizado, quantidade de filmes utilizados e, quando aplicável, tempo de fluoroscopia, número de cortes de CT e intervalo dos cortes;
 - (ii) peso e técnica radiológica (kVp, mAs, distância fonte-receptor de imagem, tela-filme), quando justificável.
 - (iii) não é necessário um sistema de registro em separado quando for possível recuperar a informação requerida com referência a outros registros do serviço.
- Que no assentamento de garantia de qualidade devem constar os dados relativos ao controle de qualidade implantado no serviço e conter, no mínimo, os resultados dos testes descritos neste Regulamento.

A garantia da qualidade é conseguida pelo gerenciamento correto e obstinado de todas as manifestações da qualidade em cada projeto e processo, buscando eliminar as falhas, pela constante preocupação com a satisfação total dos clientes de saúde.

Em um serviço de radiodiagnóstico de uma organização prestadora de serviços hospitalares o gerenciamento das informações dos clientes de saúde devem estar em conformidade com os modelos de qualidade de serviços de saúde e atender as diretrizes de proteção radiológica do Ministério da Saúde tornando imprescindível que as atividades de gestão do serviço de radiodiagnóstico atenda aos anseios de melhoria de qualidade desejados.

O gerenciamento com qualidade das informações dos clientes de um serviço de radiodiagnóstico de uma organização prestadora de serviços hospitalares permite minimizar erros na execução dos procedimentos radiológicos.

A filosofia da melhoria da qualidade é um repensamento da estrutura e da prática dos serviços de saúde visando adequá-las à sua verdadeira missão. É também um repensamento dos conceitos, das atitudes e das metodologias de trabalho. Mas sobretudo, ela é o desenvolvimento da consciência profissional e de todos os atores envolvidos. Os serviços de saúde não devem pensar em apenas cumprir sua rotina diária de 'atendimento' das pessoas que os buscam. Isto porque a 'não qualidade' em um serviço de radiodiagnóstico pode representar aproximadamente 50% de exames radiológicos desnecessários (MEZOMO, 2001).

Segundo Donabedian, a qualidade é determinada por três variáveis básicas: estrutura, processo e resultado. Pode-se interpretar que a estrutura é o que o serviço de radiodiagnóstico da organização prestadora de serviços hospitalares possui, o processo é o que ele faz e o resultado é a consequência para o paciente da aplicação do processo dentro de uma determinada estrutura ou seja a qualidade percebida pelo cliente de saúde da organização prestadora de serviços de saúde.

4.3 HISTÓRICO DO HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DA VILA MILITAR – HGUVM

Em 14 de dezembro de 1914, em terreno de uma fazenda chamada Sapopemba, foi criado o Posto de Assistência da Vila Militar (PAVM), o embrião do Serviço de Saúde na Guarnição da Vila Militar, no Rio de Janeiro. O prédio ficava por trás da tradicional Escola Rosa da Fonseca.

Com a transferência da escola em 1937, o PAVM expandiu-se ocupando as antigas instalações escolares.

Transformou-se, assim, em um hospital de pequeno porte, com 56 leitos: o Hospital de Guarnição da Vila Militar (HGuVM).

Em 31 de julho de 1998 foi extinta a Policlínica da Guarnição da Vila Militar (PGuVM), com a transferência do seu acervo para o HGuVM. No mesmo ano, em 21 de dezembro, foi inaugurado o Bloco B1 do HGuVM pelo ex- ministro do Exército general Zenildo Lucena. As novas instalações foram batizadas como Pavilhão Marechal Médico Emanuel Marques Porto (PMMP), oficial que, na II Guerra Mundial, no posto de coronel, chefiou o Serviço de Saúde do Exército.

O complexo hospitalar do HGuVM, originou-se da fusão da PGuVM e do PMMP. Oferece aos usuários assistência nas seguintes áreas médicas: odontológica, farmacêutica, social, fisioterápica e nutricional. Apóia, assim, o Hospital Central do Exército nas especialidades básicas, na elaboração de diagnóstico e no tratamento de pacientes.

O HGuVM dispõe de ambulatórios para:

- Programa de Planejamento Familiar, conduzido por equipe multidisciplinar: serviços de ginecologia, urologia, psicologia, assistência social e enfermagem;

- Laqueadura Tubária e Vasectomia (intervenções regulamentadas pela Portaria nº 009 do então Departamento Geral de Serviços, de 7 de abril de 1999);
- Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids/Drogas, em convênio com o Ministério da Saúde, com a participação de equipe multidisciplinar;
- Programa de Revitalização para a 3ª Idade.

Os serviços e clínicas estão assim distribuídos:

- nas instalações da antiga PGuVM, atual Pavilhão de Comando e Ambulatório, situam-se administração do hospital, os consultórios de diversas especialidades, a Odontoclínica (com 26 gabinetes odontológicos e laboratório de emergência);
- no HGuVM: Medicina Física e Reabilitação, com equipe multidisciplinar;
- no PMMP: unidades de emergência e cuidados intermediários, com 12 e cinco leitos respectivamente; unidade de internação, incluindo maternidade, com 72 leitos; centro cirúrgico e centro obstetrício;
- no Centro de Imagens: serviços de ultra-sonografia e radiologia;
- no Laboratório Central: serviços laboratoriais;
- nos ambulatórios: DST/Aids/Drogas; Psiquiatria; Psicologia; Infectologia; Planejamento Familiar;
- atendimento do tipo “hospital-dia”, destinado a pacientes necessitados de pequenas cirurgias, procedimentos endoscópicos e reabilitação física;
- outras seções: SAMMED/FUSEx, almoxarifado, lavanderia hospitalar, vestiários de pessoal, refeitórios, oficinas de manutenção e transporte e capela mortuária.

O hospital tem como missão prestar assistência de saúde, em regime ambulatorial, emergencial e de hospitalização, aos militares da ativa, inativos, dependentes e ex-combatentes. Além disso, apoiar manobras e exercícios de campanha, visitas de comitivas nacionais e internacionais, bem como remover doentes (exceto psiquiátricos) em sua área de responsabilidade.

O HGuVM tem prestado grande apoio às organizações militares dessa Guarnição e à família militar. Entre julho de 1999 e junho de 2000, por exemplo, foram atendidos 407.282 usuários.

4.4 DESCRIÇÃO DO SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO

O serviço de radiodiagnóstico do HGuVM está dividido em dois setores administrativos e dois setores técnicos sob uma única chefia. Os setores administrativos executam as funções de registro e encaminhamento, enquanto os setores técnicos são responsáveis pela realização dos exames. O serviço tem esta divisão em função do hospital ter adquirido sua atual capacidade em função da fusão de duas unidades originalmente distintas.

Os dois setores do serviço de radiodiagnóstico do hospital possuem funções distintas e assentamentos de dados separados. O setor pesquisado destina-se a atendimento ambulatorial com marcação de hora para alguns atendimentos, como exame contrastados e mamografia, sendo composto por duas salas para radiodiagnóstico convencional, uma sala para exames de mamografia, um sala para exames de densitometria óssea de punho, duas salas destinadas ao funcionamento de câmaras escuras secas (com processadora de filme radiográfico automática), sala de laudo e recepção para o atendimento aos pacientes. O outro setor destina-se a atendimento de emergência e ortopedia e mais recentemente exames de tomografia com marcação de hora para atendimento.

Os dados que fundamentam este trabalho foram obtidos no setor de atendimento ambulatorial em função das características de funcionamento do serviço de

radiodiagnóstico do hospital, pois além de uma maior diversidade de procedimentos neste setor ocorre a emissão dos laudos de todo o hospital e também a presença do responsável técnico e estrutura de chefia do serviço de radiodiagnóstico o que facilitou a obtenção dos mesmos.

O assentamento dos dados dos pacientes/clientes do serviço de radiodiagnóstico ocorre através do setor de recepção, quando são registrados seus dados e os do exame solicitado em livro aberto no primeiro dia útil, para atendimento, de cada ano. Este assentamento de dados para os pacientes/clientes, contem as seguintes informações:

- Número de controle;
- Nome do paciente;
- Posto/Graduação;
- Idade;
- Tipo de exame;
- Número de procedimentos (a partir do 2º semestre de 2001)

Após isto, é preenchido no verso da própria solicitação de exame o número de identificação do paciente/cliente, sendo que nos procedimentos de mamografia e densitometria óssea informações adicionais são fornecidas ao setor técnico, para a realização dos procedimentos radiológicos. Para procedimentos de densitometria óssea na própria solicitação de exame são acrescentados os dados referentes a data de nascimento, data que a paciente entrou em menopausa (mulher), peso e altura. Para procedimentos de mamografia um formulário adicional é preenchido com dados que auxiliem a obtenção do laudo.

O paciente/cliente é informado após a realização do procedimento radiológico, tanto pelo setor administrativo quanto pelo técnico, do prazo a partir do qual poderá receber o exame radiológico que realizou. Para o recebimento do exame o paciente/cliente

deve apenas informar o nome, uma vez que não é fornecido ao paciente/cliente nenhum protocolo de atendimento com o número de controle do exame radiológico realizado.

O serviço de radiodiagnóstico realiza um controle estatístico mensal a partir dos dados assentados, com coletas semanais realizadas por um funcionário do setor técnico, determinado pela chefia e que não faz parte do núcleo administrativo que realiza o assentamento dos dados. Este busca as informações diretamente no livro de controle de atendimento e transcreve as informações para uma planilha eletrônica, baseado nas orientações gerais do hospital.

Essas orientações buscam obter o número de pacientes atendidos, o tipo de exame solicitado por paciente/cliente, o número de procedimentos realizados, onde só os bem sucedidos são registrados, e identificá-los por uma graduação estabelecida pelo hospital pois uma contribuição financeira variável dos pacientes/clientes atendidos é realizada e o hospital através deste controle verifica se os recursos disponíveis estão adequados aos serviços prestados.

4.5 METODOLOGIA DE PESQUISA

Durante os anos de 2002 a 2004, a partir dos dados de atendimentos assentados dos pacientes/clientes nos livros do serviço referente aos anos de 2000 e 2001, coletados durante a realização do projeto técnico-científico “Avaliação dos procedimentos em Radiodiagnóstico Convencional, com ênfase em Proteção Radiológica” de caráter não militar realizado no Hospital de Guarnição Da Vila Militar, foi desenvolvido uma metodologia que pudesse contribuir para diagnosticar os

problemas que afetam a qualidade do produto final – imagem radiológica e laudo – de um serviço de radiodiagnóstico, sabendo que diagnosticar problemas, que é um resultado não satisfatório ou não esperado de um processo, não é um fato subjetivo e casual, é preciso que exista índices numéricos estabelecidos sobre os efeitos dos processos para que informações relevantes para a gestão de um serviço de radiodiagnóstico com a qualidade desejada seja obtida.

Neste período foram analisados os registros de 19.071 pacientes e que corresponderam a 22.345 procedimentos de exame radiológicos realizados. Foi desenvolvido um método para o registro dos dados coletados baseado em planilhas eletrônicas, sendo adotado o programa OpenCalc que faz parte do pacote freeware Openoffice. Nestas planilhas eletrônicas (figura 4.1), procurou-se armazenar dados que subsidiassem um programa gerenciamento das informações dos pacientes/clientes de um serviço de radiodiagnóstico com um compromisso claro de melhoria da qualidade e que atendessem as diretrizes de proteção radiológica do Ministério da Saúde previstas na portaria 453.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Atendimento	De	Mês	Térço	Sexo	Idade	Exame_1	Incidência_1	Exame_2	Incidência_2
000001	02	01	NR	M	63	Tórax	PA e Lateral		
000002	02	01	NR	F	64	Densitometria Osseas	-----		
000003	02	01	NR	F	70	Densitometria Osseas	-----		
000004	02	01	NR	F	62	Densitometria Osseas	-----		
000005	02	01	NR	M	22	Mão	PA e Obliqua		
000006	02	01	NR	F	68	-----	PA e Lateral		
000007	02	01	NR	F	68	Densitometria Osseas	-----		
000008	02	01	NR	F	69	-----	PA e Lateral		
000009	02	01	NR	F	63	Calcâneo	Axial e lateral		
000010	02	01	NR	F	04	Escometria	AP (3 articulações M.I.)		
000011	02	01	NR	M	19	Tórax	PA e Lateral		
000012	02	01	NR	M	19	Escometria	AP (3 articulações M.I.)		
000013	03	01	M	F	59	Densitometria Osseas	-----		
000014	03	01	M	M	21	Tórax	PA		
000015	03	01	M	F	63	Densitometria Osseas	-----		
000016	03	01	M	M	19	Tórax	NR		
000017	03	01	M	F	51	Densitometria Osseas	-----		
000018	03	01	M	M	30	Tórax	PA		
000019	03	01	M	F	51	PE	NR		
000020	03	01	M	F	14	Tórax	PA e Lateral		
000021	03	01	M	F	46	Tórax	PA		
000022	03	01	M	F	59	Densitometria Osseas	-----		
000023	03	01	M	F	56	Calcâneo	Axial e lateral		
000024	03	01	M	F	56	Coluna Cervical	NR	Mão	PA e Obliqua
000025	03	01	T	F	57	Coluna Cervical	AP e Lateral	Coluna Lombar	AP e Lateral
000026	03	01	T	F	46	Seios da face	NR		
000027	03	01	T	M	38	Arcoz Costais	NR		
000028	03	01	T	F	02	-----	PA e Lateral		
000029	04	01	M	M	20	Coluna Total	AP e Lateral		
000030	04	01	M	M	NR	Coluna Lombo-sacra	AP e Lateral		
000031	04	01	M	M	20	Tórax	PA e Lateral		
000032	04	01	M	F	11	Tórax	PA		
000033	04	01	M	F	47	Tórax	PA e Lateral		
000034	04	01	M	F	29	Urografia excretora	NR		
000035	04	01	M	M	NR	Coluna Lombar	AP e Lateral		
000036	04	01	M	F	11	Tórax	PA		
000037	04	01	M	F	49	Joelho	AP e Lateral	Coluna Lombar	AP e Lateral
000038	04	01	M	F	53	Seios da face	NR		
000039	04	01	M	M	13	Seios da face	NR		
000040	04	01	M	F	66	Densitometria Osseas	-----		

Figura 4.1 - Planilha dos dados coletados

Os registros assentados nos livros de controle foram armazenados nas planilhas eletrônicas de forma a possibilitar a obtenção de diversas informações dos pacientes/clientes como:

- Ano de realização do exame;
- Número do atendimento;
- Dia do atendimento
- Mês do atendimento;
- Turno do atendimento;
- Sexo do paciente/cliente;
- Idade do paciente/cliente;
- Exame ou exames radiológicos realizados;
- Incidências realizadas por exame;
- Se foi realizada a rotina radiológica para o exame.

Obs.: A omissão dos nomes dos pacientes se justifica para a preservação da identificação dos mesmos neste trabalho.

Na elaboração e no preenchimento das planilhas com os dados obtidos nos livros de assentamento (figura 4.2) observou-se o cuidado de criar mecanismos que permitissem a pesquisa e a comparação dos dados de maneira organizada, criteriosa, de forma a se obter informações relevantes para a gestão de um serviço de radiodiagnóstico como:

Somatório de informações de pacientes ano 2000 e 2001					
Pacientes:		%	Exame: Mamografia		%
Masculino	8227	43,1	Feminino	1343	99,6
Feminino	10795	56,6	Masculino	5	0,4
N.R.	49	0,3	N.R.	1	0,1
Pacientes:		%	Ex. ame: Densitometria Óssea		%
Manha	14183	74,4	Feminino	2166	97,1
Tarde	4569	24,0	Masculino	59	2,6
Plantão	274	1,4	N.R.	5	0,2
Noite	12	0,1	Número total		
Dia	6	0,0	Pacientes	19071	
Feriado	3	0,0	Número total de exames		%
N.R.	24	0,1	Mamografia	1349	6,0
Pacientes:		%	Densitometria Óssea	2230	10,0
Janeiro	1273	6,7	Radiológicos convencionais	18766	84,0
Fevereiro	1261	6,6	Total	22345	100,0
Março	1271	6,7	Exames: Tipos		%
Abril	1385	7,3	Abdome	195	1,0
Maio	1787	9,4	Abdome Agudo	4	0,0
Junho	1614	8,5	Antebraço	12	0,1
Julho	1875	9,8	Arco Zigomático	0	0,0
Agosto	1949	10,2	Arcos Costais	19	0,1
Setembro	1729	9,1	ATM	3	0,0
Outubro	2096	11,0	Braco	9	0,0
Novembro	1588	8,3	Calcâneo	70	0,4
Dezembro	1234	6,5	Cavum	433	2,3
N.R.	9	0,0	Cintura escapular	0	0,0
Pacientes:		%	Clavicula	7	0,0
Menores de 18 anos	2373	12,4	Clister opaco	22	0,1
Maiores de 18 anos	16316	85,6	Coccox	22	0,1
N.R.	382	2,0	Coluna Cervical	344	1,8

Figura 4.2 – Totalização das informações

- Identificação de erros no assentamento dos dados nos livros de controle;
- Totalização do fluxo de pacientes/clientes atendidos;
- Identificação das incidências radiológicas realizadas, se foi usada a rotina estabelecida no setor ou não;
- Caracterização do público atendido no serviço de radiodiagnóstico do hospital;
- Identificação dos exames radiológicos mais frequentemente realizados;
- Correlação dos exames radiológicos realizados e faixa etária dos pacientes/clientes atendidos;
- Caracterização do fluxo de trabalho por turno;

Com o tratamento estatístico dos dados coletados e armazenados no sistema de registro desenvolvido, informações importantes para uma gestão de um serviço de radiodiagnóstico foram obtidas, como:

- a totalização corrigida do fluxo de pacientes/clientes atendidos, uma vez que erros no assentamento dos dados registrados nos livros de controle foram identificados, como registros incompletos, número de controle repetido, lacunas na numeração;
- a totalização do fluxo de pacientes/clientes por ano de atendimento pesquisado e o número de exames realizados (figura 4.3);

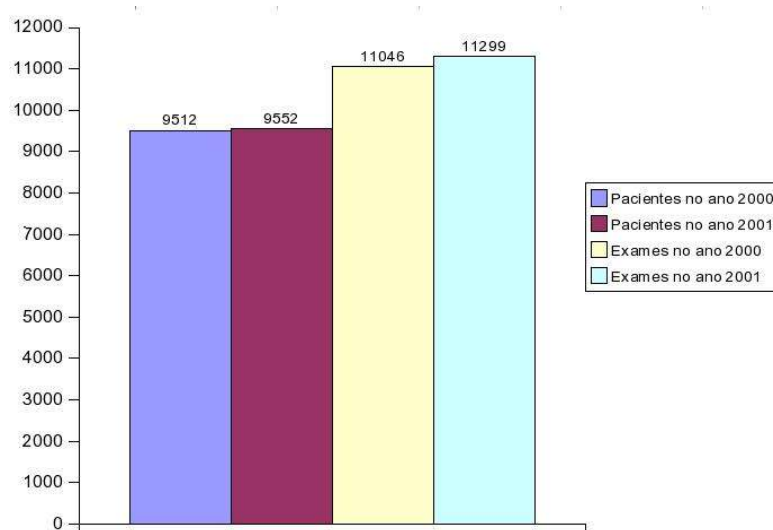


Figura 4.3 – Pacientes por ano de atendimento

- a totalização do fluxo de pacientes/clientes por períodos de atendimento como turno, dia, mês, trimestre, quadrimestre e outra forma de divisão em períodos desejados possibilitando otimizar a compra de filmes radiográficos, produtos químicos para a processadora automática e estabelecer uma rotina de manutenção preventiva dos equipamentos nos períodos de menor atendimento, evitando a necessidade de manutenção corretiva e a interrupção do atendimento (figura 4.4);

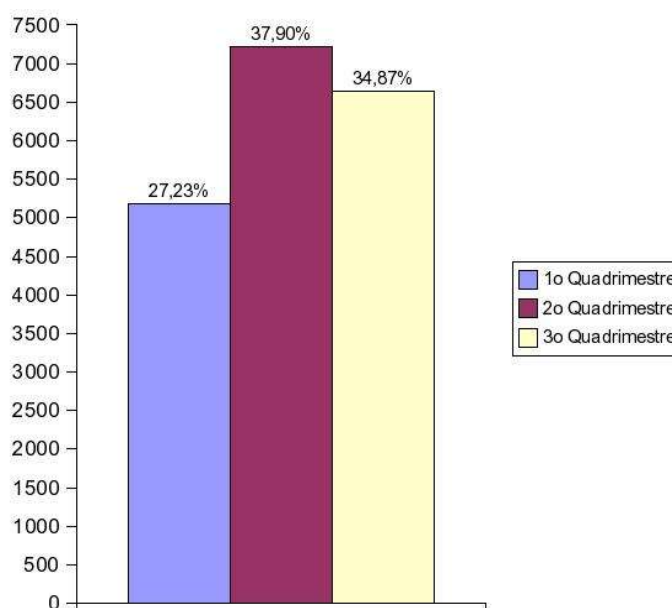


Figura 4.4 – Pacientes por quadrimestre nos anos de 2000 e 2001

- a identificação das incidências radiológicas realizadas ficou comprometida pela forma que os dados foram assentados nos livros pois foi identificado uma falta de padrão no preenchimento desta informação e se foi usada a rotina de incidências radiológicas estabelecida no setor para determinado tipo de exame ou não. Com a utilização do sistema de registro adotado na pesquisa esta informação seria quantificada de forma adequada, minimizando a realização de incidências radiológicas desnecessárias que evidência um processo de não-qualidade, permitindo uma avaliação do tipo de filme usado (o preço é função do tamanho e velocidade do mesmo), otimizando o padrão de técnica radiológica utilizada nos atendimentos e desta forma seria possível gerar informações necessárias para

subsidiar um programa de controle de dose de radiação baseado nos níveis de referência estabelecidos na portaria 453;

- a caracterização do público que é atendido no serviço de radiodiagnóstico do hospital, por faixa etária, uma vez que os pacientes com idades até 10 anos representam 2.596 ou 13% do total do atendimento, informação que pode otimizar aquisição de filmes radiológicos pelo serviço, com o uso de um padrão de velocidade de filmes diferenciado para crianças, contribuindo para a redução de perdas de filmes (figura 4.5);

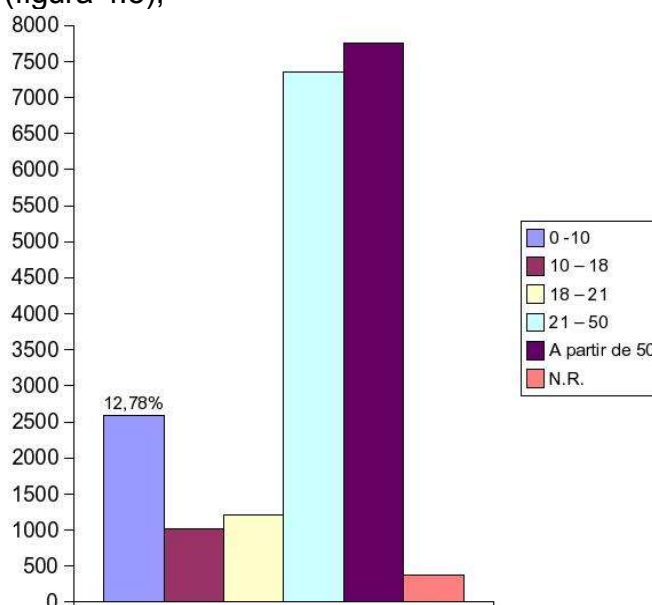


Figura 4.5 – Pacientes por faixa etária nos anos de 2000 e 2001

- a quantificação dos exames radiológicos convencionais realizados e a influência que os exames de tórax – 6.563 (35%), coluna – 3.988 (21,3%) e seios da face – 2.388 (12,7%) exercem, pois representam mais de 68% dos exames radiológicos convencionais realizados. O uso desta informação influi de forma decisiva nos ganhos internos, como redução de desperdício e aumento de produtividade, e externos, como aumento do retorno (lucro) e possibilidade de novos investimentos, que uma gestão que pratica qualidade no seu serviço almeja (figura 4.6);

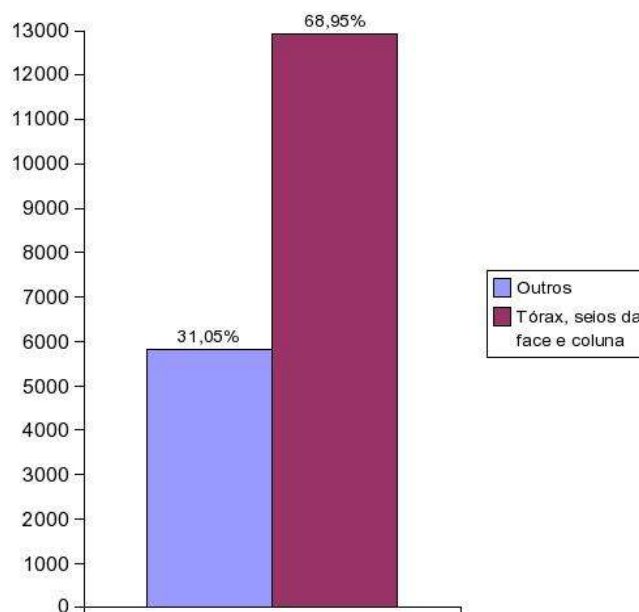


Figura 4.6 – Pacientes por exames (tórax, coluna e seios da face) nos anos de 2000 e 2001

- a quantificação das especialidades dos atendimentos radiológicos (figura 4.7) realizados pelo serviço radiológico, orientando a definição do perfil do profissional necessário ao serviço e sua capacitação: radiologia convencional (incluindo exames contrastados) – 18.766 (84%), densitometria óssea – 2.230 (10%); mamografia – 1.349 (6,0%);

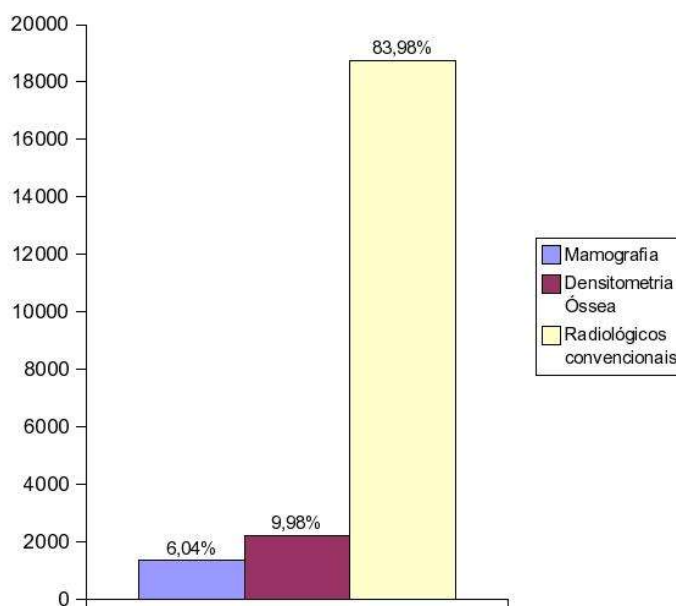


Figura 4.7 – Pacientes por especialidades dos atendimentos radiológicos nos anos de 2000 e 2001

- a adequação da quantidade de funcionários do setor técnico e administrativo de acordo com o fluxo de trabalho por turno, uma vez que os atendimentos no turno da manhã representam mais que 75% do total (figura 4.8), garantindo um padrão de qualidade no atendimento prestado aos pacientes/clientes;

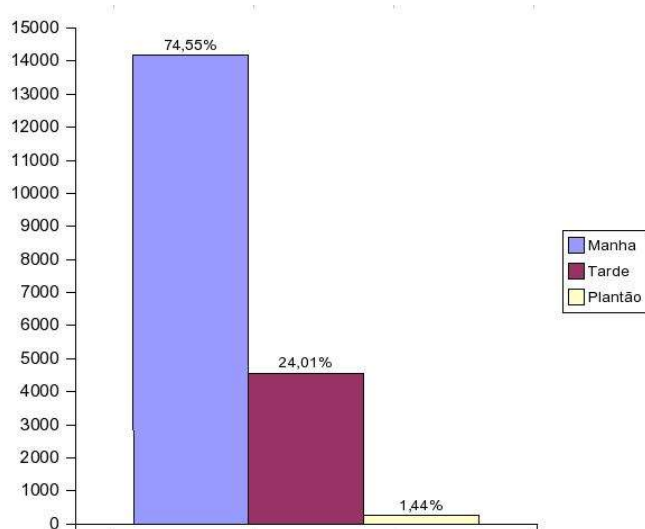


Figura 4.8 – Pacientes por turno nos anos de 2000 e 2001

- a possibilidade de emissão de relatórios pertinentes ao assentamento das informações em consonância com modelos de qualidade e atendendo aos requisitos operacionais da portaria 453 (figura 4.9);

Número total de exames		%
Mamografia	1349	6,0
Densitometria Óssea	2230	10,0
Radiológicos convencionais	18766	84,0
Total	22345	100,0

Figura 4.9 – Relatório sobre especialidade de atendimento nos anos de 2000 e 2001

- a elaboração de mecanismos para o armazenamento e a entrega de laudos das radiografias atrelados ao registro do assentamento dos dados do paciente/cliente, minimizando a ocorrência de erros que afetam a percepção da qualidade dos serviços oferecidos pelo paciente/cliente, da organização prestadora de serviços de saúde.

Alcançar a qualidade desejada em um serviço de radiodiagnóstico de uma organização prestadora de serviços hospitalares significa detectar quais foram os fins, efeitos ou resultados não alcançados, analisar estes maus resultados buscando suas causas e atuar sobre estas causas de tal modo a melhorar os resultados. Para tal é imprescindível uma metodologia no gerenciamento das informações dos clientes que gerem indicadores de qualidade que permitam avaliar os avanços na melhoria de qualidade alcançados.

A metodologia de pesquisa adotada torna-se uma ferramenta de organização, controle, registro, pesquisa e supervisão das informações dos principais processos de um serviço de radiodiagnóstico estando ainda em consonância com os métodos de análise e solução de problemas previstos em modelos de qualidade, como o TQC, e atendendo aos requisitos operacionais da portaria 453, sendo capaz de fornecer informações importantes para a gestão do serviço de radiodiagnóstico, permitindo ganho de eficiência em atividades imprescindíveis ao funcionamento de um serviço radiológico de um hospital de médio porte.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve por objetivo apresentar uma metodologia para o gerenciamento das informações dos clientes de saúde de um serviço de radiodiagnóstico de um hospital de médio porte que venha a possibilitar uma gestão eficiente, em conformidade com os conceitos de qualidade e as normas do Ministério da Saúde.

A qualidade obtida do produto final de um serviço de radiodiagnóstico – radiografia e laudo – deve ter um apoio sólido da organização prestadora de serviços de saúde na busca de um sistema de gestão que considere a qualidade do setor técnico, do setor administrativo e qualidade percebida pelo paciente/cliente da organização prestadora de serviços de saúde. Os conceitos aqui apresentados sobre qualidade enfocados nos principais autores sobre este tema e também na apresentação de um modelo de certificação voluntária de qualidade, acreditação hospitalar, devem ser considerados como base para a implantação de um programa de gestão com qualidade.

A metodologia de pesquisa apresentada no capítulo 4, procurou mostrar que informações assentadas em consonância com os métodos de análise e solução de problemas previstos em modelos de qualidade, como o TQC, focada nos princípios de qualidade, permitem minimizar erros como no assentamento dos dados nos livros de controle, na totalização incorreta do fluxo de pacientes/clientes atendidos, na identificação deficiente das incidências radiológicas realizadas e na caracterização do público atendido que trazem prejuízos ao serviço gerando conseqüências na execução dos procedimentos radiológicos, como os que causam dose de radiação desnecessária aos pacientes/clientes de saúde (internos e externos), procedimentos radiológicos equivocados podendo levar a diagnóstico com erros, aumento do custo de operação do serviço com uso de aparelhos de raios X, processadoras automáticas e

filmes radiológicos com utilização acima do necessário além de afetar a qualidade percebida pelo paciente/cliente.

O serviço de radiodiagnóstico mantendo um gerenciamento adequado das informações evitaria a ocorrência dos erros citados, possibilitando:

- adequação da quantidade de funcionários do setor técnico e administrativo de acordo com o fluxo de trabalho por turno;
- elaboração de mecanismos de controle para o armazenamento e a entrega de laudos das radiografias atrelados ao registro do assentamento dos dados do paciente/cliente para que não ocorra nenhuma forma de extravio do produto final – radiografia e laudo – a ser entregue;
- um planejamento de consumo e estoque de filmes evitando falta dos mesmos para determinados procedimentos ou sobra em excesso para outros, viabilizaria uma rotina de manutenção preventiva dos aparelhos utilizados, minimizando os risco de suspensão do atendimento por causa de uma quebra do equipamento e otimizaria o atendimento prestado a coletividade;
- quantificação das incidências radiológicas realizadas, tanto das radiografias com qualidade diagnóstica quanto dos filmes radiológicos perdidos, um importante indicador para a produção de imagem radiológica com qualidade diagnóstica;
- minimização de ocorrência de erros que afetam a percepção da qualidade pelo paciente/cliente, dos serviços oferecidos, adequando-se desta forma a padrões e níveis de qualidade na prestação de serviços de saúde.

A metodologia desenvolvida para esta pesquisa pode ainda embasar o desenvolvimento de um programa computacional para a gestão de um serviço de radiodiagnóstico com a informatização de uma base de dados pertinentes aos setores administrativo e técnico do serviço, como registro do paciente, anotações referentes ao pedido de exame, rotina realizada, técnicas de exames com procedimentos de

otimização de proteção radiológica associados.

Informatizar a base de dados de um serviço de radiodiagnóstico, apesar dos problemas encontrados hoje, como o custo de implantação, treinamento e manutenção de um sistema, possibilitaria uma melhoria da eficácia e eficiência dos processos e atividades relativos a gestão do serviço como organização, controle, registro, adequação as normas e a manutenção de uma base de dados sempre atualizada destas informações com a possibilidade de acessar as mesmas por meio de uma rede de computadores ou internet.

Um dos problemas citados para a informatização das informações de saúde, custo de implantação, pode ser atenuado com uso de um sistema computacional (sistema operacional e programas) baseado em código livre como o que foi adotado para a realização desta pesquisa e desenvolvimento de metodologia, permitindo sua utilização em serviços de médio ou pequeno porte, personalizando-o segundo as especificações dos serviços.

A filosofia da melhoria da qualidade é o instrumento de legitimação dos serviços de saúde, os mesmos podem e devem melhorar tanto em sua estrutura quanto em seus processos, gerando resultados com qualidade. Cabe, então, aos gestores da saúde repensar o que existe e o que esta sendo obtido como resultado para os pacientes/clientes e para toda a sociedade, não apenas por uma questão econômico-financeira mas por uma questão de ética e respeito.

REFERÊNCIAS

BURMESTER, Haino et al. **Manual de Gestão Hospitalar do CQH: Livro de Casos Práticos**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

CAIADO, Adrianna Leonor Melo de O. **Estudo da Implantação de um programa de qualidade no Hospital Geral de Goiânia**. Campinas, SP: [s.n.], 2004. Disponível em: <<http://libdidi.unicamp.br/universia/document/>> . Acesso em: 06 jan. 2005.

COMISSÃO PERMANENTE DOS HOSPITAIS DA U.E. **A Qualidade dos cuidados de Saúde / Actividades hospitalares**. Relatório do Grupo de Trabalho para a qualidade dos cuidados hospitalares. Setembro de 2000. Disponível em: <http://www.icgzn.pt/pdf/pdfs_gerais/> . Acesso em: 21 nov. 2004.

FELICÍSSIMO, Angelo et al. **Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar: Manual de Orientação aos Participantes**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

KLÜCK, Mariza. O papel do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: Congresso da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde - CALASS 2002, Toledo, Espanha. **Anais do CALASS 2002**. Barcelona, Espanha : ALASS, 2002. v. 1.

LONDONO, Malagón; MORERA, Galán; LAVERDE, Pontón. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. **Gestão da Qualidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

MEZONO, João Catarin. **Gestão da Qualidade em Saúde: Princípios Básicos**. 1. ed. Barueri: Manole, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Proteção Radiológica em Radiodiagnóstico Médico e Odontológico**. Portaria Nº 453, de 1 de Junho de 1998. DO 103-E, de 02/06/1998

NOVAES, Humberto de Moraes et al. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.

OLIVEIRA, Luciano Santa Rita. **Avaliação dos Procedimentos em Radiodiagnóstico Convencional, com ênfase em Proteção Radiológica**. 2002. Projeto técnico-científico.

ROONEY, Anne L.; OSTENBERG, Paul R. van. **Licenciamento, Acreditação e Certificação: Abordagens à Qualidade de Serviços de Saúde**. Abril de 1999. Disponível em: <<http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/>> . Acesso em: 27 nov. 2004

TARABOULSI, Fadi Antoine. **Administração de Hotelaria Hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

GLOSSÁRIO

EXPOSIÇÃO MÉDICA - Exposição a que são submetidos:

- a) pacientes, em decorrência de exames ou tratamentos médicos ou odontológicos;
- b) indivíduos não ocupacionalmente expostos que voluntariamente ajudam a confortar ou conter pacientes durante o procedimento radiológico (acompanhantes, geralmente, familiares ou amigos próximos);
- c) indivíduos voluntários em programas de pesquisa médica ou biomédica e que não proporciona qualquer benefício direto aos mesmos.

GARANTIA DE QUALIDADE - Conjunto de ações sistemáticas e planejadas visando garantir a confiabilidade adequada quanto ao funcionamento de uma estrutura, sistema, componentes ou procedimentos, de acordo com um padrão aprovado. Em radiodiagnóstico, estas ações devem resultar na produção continuada de imagens de alta qualidade com o mínimo de exposição para os pacientes e operadores. A parte do programa de garantia de qualidade que consiste do conjunto das operações destinadas a manter ou melhorar a qualidade é chamada de controle de qualidade.

PROCEDIMENTO RADIOLÓGICO - Exame de radiodiagnóstico ou utilização intervencionista dos raios-x diagnósticos.

PROTEÇÃO RADIOLÓGICA - Conjunto de medidas que visam proteger o homem, seus descendentes e seu meio ambiente contra possíveis efeitos indevidos causados pela radiação ionizante. Também chamada de radioproteção.

RADIAÇÃO IONIZANTE - para fins de proteção radiológica, qualquer partícula ou radiação eletromagnética que, ao interagir com a matéria biológica, ioniza seus átomos ou moléculas.

RADIODIAGNÓSTICO - Prática com utilização de raios-x diagnósticos.

RAIOS-X DIAGNÓSTICOS - Fótons obtidos em tubos de até 150 kVp, utilizados para impressionar um receptor de imagem, com fins de diagnóstico ou para orientar procedimentos médicos invasivos (ou intervencionistas).

RECEPTOR DE IMAGEM - Um sistema que transforma os fótons de raios-x que passam através do paciente em uma imagem visível ou outra forma que pode tornar-se visível por transformações adicionais. Exemplos: sistema filme-tela, sistema intensificador de imagem, detector de estado sólido em CT.

SERVIÇO DE RADIODIAGNÓSTICO - Estabelecimento, ou um setor definido do estabelecimento ou instituição, onde se realizam procedimentos radiológicos médicos ou odontológicos. Nesta definição estão incluídos os consultórios odontológicos com equipamento de raios-x diagnósticos.