

ANÁLISE DO GERENCIAMENTO E DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS AOS PACIENTES, EM UM HOSPITAL PARTICULAR ACREDITADO NA CIDADE DO RECIFE-PE

Cristina Albuquerque Douberin

RESUMO EXPANDIDO

Introdução: A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, todo hospital deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, de docência e pesquisa. O incremento de eficiência e eficácia nos processos de gestão é necessário para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio. Existem indicadores da qualidade da assistência e dos serviços que servem para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo, em termos, também, de quantidade das ações de saúde executadas. O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. A sequência de diretrizes a ser seguida durante o processo de Acreditação é: Inscrição da Organização Prestadora do Serviço de Saúde no processo de avaliação da Instituição Acreditadora; Solicitação, pela Instituição Acreditadora, à Organização Prestadora do Serviço de Saúde, de informações necessárias; Contratação da Instituição Acreditadora pela Organização Prestadora do Serviço de Saúde; Preparação da avaliação; Visita dos avaliadores propriamente dita; Término da avaliação. **Objetivo:** Expor a experiência evidenciada no tocante à análise do gerenciamento e da qualidade dos serviços prestados aos pacientes pela equipe de Enfermagem em um hospital particular acreditado na cidade do Recife-PE. **Descrição Metodológica:** Este trabalho foi realizado no dia 19 de março de 2012, mediante visita técnica no horário de 9:00 às 10:30 h, totalizando, portanto, uma hora e meia de duração. Tratou-se de um relato de experiência elaborado com base nos dados coletados em uma entrevista com a Enfermeira Gerente e com a Analista de Planejamento do referido hospital. Tal atividade foi desenvolvida pela acadêmica do sétimo período do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, na época, devido ao cumprimento do estágio curricular obrigatório como atividade prática da disciplina “Administração Aplicada à Enfermagem”. **Resultados:** A gestão e a promoção da qualidade dos serviços prestados aos pacientes são baseados em um manual com 1100 itens da JCI/CBA (*Joint Commission International/Comissão Brasileira de Acreditação*) em cima do conceito de qualidade total, que se consiste na busca dos profissionais de toda a escala hierárquica para um atendimento de qualidade, por meio da otimização do trabalho. Outras características são tomadas como base para a aplicabilidade do gerenciamento e da qualidade desses serviços, sendo mais generalizadas, como de qualidade geral, de moral, de dimensão, de custo, de segurança e entrega. Tais características são aplicadas por meio de seis passos: o primeiro consiste na Educação; o segundo, na Avaliação Externa Diagnóstica, realizada pela Comissão Brasileira de Acreditação; o terceiro, no Início dos Planos de Melhoria; o quarto, na Implementação e gestão das ações de melhoria; o quinto, na Avaliação Externa; e o sexto e último, na Auditoria de Acreditação. Os indicadores da qualidade são os de rotina e os do comitê de qualidade. Os indicadores de rotina são feitos em todos os setores do hospital

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Pernambuco e Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho pelo Grupo CEFAPP; E-mail: cristinaadouberin@hotmail.com

como: berçário, bloco cirúrgico e obstétrico, urgência adulto e pediátrico, pediatria, CME, hospital dia, UTI geral, educação continuada e ordenha. Todos os indicadores são feitos em planilhas pelo supervisor de cada área e depois avaliadas pelos diretores do hospital. **Conclusão:** Constatou-se que o hospital considerado revela excelente controle da gestão e da qualidade de seus serviços, uma vez que três exigências importantes, no tocante à aquisição da acreditação, são seguidas à risca. Na primeira exigência, o hospital consegue contemplar o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência prestada ao cliente, nas especialidades e nos serviços da organização de saúde a ser avaliada, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação institucional. Na segunda, por sua vez, consegue contemplar evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial, e práticas de auditoria interna. Já na terceira, consegue contemplar evidências de políticas institucionais de melhoria contínua em termos de: estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários. Evidências objetivas de utilização da tecnologia da informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência. **Contribuições para a Enfermagem:** O trabalho da equipe de Enfermagem torna-se, indubitavelmente, melhor com o cumprimento de cada uma dessas exigências, respectivamente, pois, ao cumprir a primeira delas, fica evidente que o serviço possa a possuir um responsável técnico habilitado; os procedimentos e controles dos pacientes internados são registrados no prontuário; e a distribuição da equipe consta de escala de acordo com a habilitação requerida, ajustada às necessidades do serviço; ao cumprir a segunda, o serviço passa a dispor de manual (is) de normas, rotinas e procedimentos documentado(s), atualizado(s) e disponível(is); desenvolve as suas ações baseadas em protocolos clínicos; dispõe de um programa de educação e treinamento continuado e melhoria de processos; as ações são auditadas através de registros no prontuário; e, ao cumprir a terceira, seu modelo assistencial passa a basear-se no enfoque multiprofissional e interdisciplinar; integra o programa institucional da qualidade e produtividade, com evidências de ciclos de melhoria; dispõe de sistema de aferição da satisfação dos clientes internos e externos e de avaliação do serviço, em comparação com referenciais adequados e de impacto junto à comunidade. **Referências:** 1. Organização Nacional de Acreditação – ONA - Diretrizes do Sistema e do Processo de Acreditação; Normas Técnicas, Norma Orientadora, NO1; Manual da Organização Nacional de Acreditação. Brasília: ONA; 2001. Disponível em: URL: <http://www.ona.org.br/> 2. Organização Nacional de Acreditação – ONA - Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, Versão 2001. Manual Brasileiro de Acreditação – ONA, Volume 1. Brasília: ONA/Educat; 2001.

Descritores: Acreditação; Gestão de Qualidade em Saúde.

Área Temática 10: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.



O CLÁSSICO E O EMERGENTE: DESAFIOS DA
PESQUISA EM ENFERMAGEM
03 A 05 DE JUNHO DE 2013
HOTEL PRAIA MAR - NATAL/RN

Enfermeira formada pela Universidade Federal de Pernambuco e Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho pelo Grupo CEFAPP; E-mail: cristinaadouberin@hotmail.com