

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIDADE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PÚBLICO¹

Maria do Carmo Lourenço Haddad*
Yolanda Dora Martinez Évora**

RESUMO

Em 1994, o Hospital Universitário de Londrina (HUL) implantou o programa de qualidade, que foi denominado de *QualisaHUde*. A diretora de enfermagem na época, juntamente com a chefe da divisão de educação e treinamento da enfermagem, foram as responsáveis pela implantação do programa, enquanto o escritório de qualidade não estava funcionando. Tem-se como objetivo descrever as estratégias utilizadas e o processo de implantação do referido programa de qualidade. Estudo descritivo realizado em um hospital universitário público com 294 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde. Possui equipamentos de alta tecnologia, instalados em uma construção antiga com várias adaptações. Os serviços re-estruturam seus processos de trabalho, utilizando-se das ferramentas preconizadas nos princípios da Qualidade, sendo que as mais executadas foram o *Plan, Do, Check, Action* e o "5 S", por constituírem-se em processos simples e fácil de serem usados. A implantação do Programa de Qualidade permitiu identificar e discutir em tempo real os processos de trabalho. Entretanto, trata-se de um processo que requer a atenção constante da equipe sobre o desempenho desta, sendo necessário o envolvimento de todos para manter os objetivos centrais de prestar uma assistência com qualidade e segura, sem aumentar ou incitar os conflitos entre as equipes.

Palavras-chave: Programa de qualidade total. Hospitais de ensino. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O movimento pela qualidade, muito em destaque na atualidade, ganhou vulto após a Revolução Industrial. Foi introduzido primeiramente no setor industrial, posteriormente se expandiu para o setor de prestação de serviços e, mais recentemente, para o setor saúde⁽¹⁾.

A qualidade é um sistema de melhoria contínua, com ênfase nos processos e nas pessoas, marcado por princípios, ideias e crenças que buscam a satisfação do cliente, dos trabalhadores, dos fornecedores e dos acionistas⁽²⁾.

Todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado devem participar do desenvolvimento e implementação dos processos avaliativos em razão de legitimá-lo e garantir maior envolvimento na busca pela qualidade⁽³⁾.

Até o início dos anos 1990 não existia no Brasil qualquer preocupação formal com a qualidade dos serviços médico-hospitalares que, além de mal distribuídos, eram em geral de baixa

qualidade, provocando insatisfações e, às vezes, danos à população. A partir da implantação do Código de Defesa do Consumidor, em setembro de 1990, iniciou-se um novo momento no relacionamento hospital-usuário, assegurando-se ao usuário poderes para exigir segurança, qualidade, efetividade e eficácia⁽⁴⁾.

As primeiras instituições de saúde a implantarem Programas de Qualidade foram empresas privadas, buscando nesse modelo uma maneira de melhorar a qualidade da assistência prestada ao usuário, reduzir custos e adequar os recursos financeiros diminuídos pelas políticas de saúde adotadas pelo governo⁽⁴⁾.

Em várias experiências de implantação de programas de qualidade em instituições hospitalares, verificou-se que a equipe de enfermagem constitui-se no serviço com maior adesão ao novo modelo de gerenciamento. Acredita-se que isso tenha ocorrido pelas características dos serviços de enfermagem que desenvolvem suas atividades 24h por dia, todos os dias da semana, por ser o elo entre paciente/família/equipe de saúde e por se constituírem na maior equipe de profissionais

1 Artigo originado da tese: "Qualidade da Assistência de Enfermagem – o processo de avaliação em Hospital Universitário Público".

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: haddad@sercomtel.com.br

** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. E-mail: yolanda@eerp.usp.br

que atuam nos serviços hospitalares, tornando-se um grupo fundamental para ser envolvido para garantir o sucesso da Gestão pela Qualidade GQ⁽⁵⁾.

Em 1994, o Hospital Universitário de Londrina (HUL) implantou um programa de qualidade, que foi denominado de *QualisaHULde*. A diretora de enfermagem, uma das autoras dessa pesquisa, juntamente com a chefe da divisão de educação e treinamento da enfermagem, foram as responsáveis pela implantação do programa dentro da instituição, enquanto o escritório de qualidade não estava funcionando. Portanto, tem-se como objetivo descrever as estratégias utilizadas e o processo de implantação do referido programa de qualidade.

METODOLOGIA

Estudo descritivo em que são apresentadas todas as etapas do processo de implantação do Programa de Qualidade no Hospital Universitário de Londrina. Trata-se de um hospital universitário público, com 294 leitos, todos à disposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Atende, no nível ambulatorial e de internamento, a todas as especialidades médicas e possui equipamentos de alta tecnologia, instalados em uma construção antiga com várias adaptações.

O HUL, além das unidades de internação médico-cirúrgicas para adulto (ala masculina e feminina), mantém setores diferenciados, a exemplo do pronto-socorro, da unidade de fisiologia; unidade de isolamento para pacientes portadores de moléstias infecto-contagiosas, com ala específica para pacientes portadores do HIV; maternidade para gestantes de alto risco; pediatria, unidades de tratamento intensivo para adultos, neonatos e pediátricos; sete salas de cirurgias, unidade de recuperação anestésica com quatro leitos, entre outros serviços. O atendimento ambulatorial é realizado nas instalações do Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC), localizadas no *campus* da Universidade Estadual de Londrina (UEL), 12 km distantes do HUL.

No ano em que foi implantado o Programa de Qualidade, em média mensal, internaram-se 1.000 pacientes, realizaram-se

7.900 atendimentos no pronto-socorro, 9.100 atendimentos ambulatoriais e 600 cirurgias. A média de ocupação de seus leitos foi de 93%, o tempo de permanência foi de 7,2 dias, a taxa de mortalidade geral foi de 4,3%, a taxa de mortalidade pós-operatória foi de 1,39% e os índices de infecção hospitalar se aproximaram de 5,02%, considerados adequados para hospitais universitários⁽⁶⁾.

A comunidade hospitalar era constituída de 1.650 funcionários, 350 docentes e 1.500 alunos de cursos de graduação e pós-graduação⁽⁶⁾.

No serviço de enfermagem estavam lotados 818 servidores, sendo 100 enfermeiros, 117 técnicos de enfermagem, 428 auxiliares de enfermagem e 35 atendentes. Sua infraestrutura administrativa era adequada às características de hospital universitário⁽⁶⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina sob o Parecer nº 143/2002.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 1994, o HUL adotou um programa de gestão da qualidade, por meio de convênio com a Associação Paulista de Medicina para comparação de indicadores de qualidade e produtividade em vários hospitais do Brasil. A instituição recebeu um convite daquela associação e incluiu-se no programa, enviando mensalmente dados referentes aos indicadores de mortalidade, infecção hospitalar, tempo de permanência, média de ocupação dos leitos, número de servidores por leito, entre outros⁽⁷⁾.

Esses dados eram comparados com os indicadores de outros hospitais e o HUL recebia trimestralmente um relatório que informava sua classificação em relação aos outros hospitais. De certa forma, a instituição só alimentava os dados para um banco de informações, mas não recebeu nenhuma contrapartida nos aspectos de melhoria no seu processo gerencial.

A comparação dos indicadores de qualidade de uma instituição com outra, com características semelhantes, é salutar. Esse processo, denominado de *Benchmarking*, é adotado por algumas instituições como uma estratégia para aprimorar seus serviços por comparação com os melhores no seu setor,

buscando adaptar ou até copiar as melhores práticas destes⁽⁸⁾.

Os diretores Superintendente, Administrativo, Clínico e de Enfermagem do HUL, antes de decidirem-se pela implantação do programa de qualidade, visitaram várias instituições, na cidade e região, que implantaram esse modelo de gestão. A diretora de enfermagem, juntamente com mais quatro funcionários da média gerência de outras áreas, frequentaram um Curso de Qualidade Total, ministrado pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micros e Pequenas Empresas (Sebrae), para se instrumentalizarem sobre o processo de qualidade.

Após análise criteriosa dos aspectos facilitadores e dificultadores, os diretores optaram por implantar o programa de qualidade sem assessoria externa por entenderem que, como se tratava de uma instituição hospitalar pública e de ensino, as características organizacionais e culturais deveriam ser tratadas cuidadosamente e os clientes internos seriam inseridos voluntariamente e durante o desenvolvimento do processo.

O programa, denominado *QualisaHUde*, recebeu esse nome por meio de concurso junto à comunidade hospitalar, tendo por objetivos disseminar e implementar os conceitos de uma cultura organizacional voltada para a qualidade.

O *QualisaHUde* era coordenado pela Comissão Executiva da Qualidade, composta pelo Superintendente, Diretores de Enfermagem, Clínico e Administrativo, Diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS), um representante da divisão de recursos humanos, um dos gerentes do Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC), responsável pelo escritório de qualidade, um docente do CCS e oito representantes dos servidores, sendo dois de cada diretoria. O Diretor Superintendente era o presidente dessa comissão que se reunia semanalmente para definir e acompanhar os rumos do programa.

A direção do hospital sempre se preocupou em estar à frente do processo, demonstrando comprometimento e envolvimento na implantação do modelo de Gestão pela Qualidade, conforme é recomendado nas literaturas pertinentes^(4, 9-11).

O processo de melhoria da qualidade exige e supõe a liderança da alta direção que deve criar e compartilhar a visão e a missão da empresa,

fixar diretrizes, estabelecer o enfoque no cliente, definir valores e suscitar elevadas expectativas. Isso tudo ocorrerá somente se a diretoria estiver visivelmente envolvida e comprometida, inclusive na caracterização das dimensões éticas e sociais da instituição⁽¹²⁾.

A comissão executiva do programa realizou uma oficina com todos os chefes de serviços e representantes de funcionários e alunos para fazer o diagnóstico da instituição. Nesse evento foi apresentado o programa de qualidade a ser implantado e o Superintendente explicitou que o programa só teria sucesso se tivesse o envolvimento de toda a comunidade universitária. A oficina foi coordenada por dois docentes do CCS, com experiência em gestão de serviços de saúde, e contou com a participação de 85% dos convidados.

Naquela oportunidade, foi revista a missão da instituição. Após os trabalhos em pequenos grupos, foram identificados 103 pontos críticos que na assembleia geral foram agrupados em problemas na estrutura física, na qualificação e quantidade dos recursos humanos, na quantidade e condições dos equipamentos, no relacionamento com a reitoria da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e com a integração docente assistencial. Nesse encontro, decidiu-se que os problemas seriam discutidos com mais profundidade nos fóruns específicos que foram planejados para acontecer durante a implantação do programa de qualidade. Esses fóruns aconteceram e utilizaram como ferramenta o PDCA⁽²⁾.

O ciclo PDCA (*Plan, Do, Check e Action*) compreende as seguintes etapas: “P” - planejamento de objetivos e metas a serem alcançadas; “D” - execução/realização das atividades propostas; “C” - checagem das atividades realizadas com relação ao planejado; e “A” - ação, representada pela consolidação dos resultados e correção dos erros/desvios que possam ocorrer⁽¹³⁾.

Vários autores^(4,10-14) afirmam que o diagnóstico das condições do hospital, realizado por todos os profissionais inseridos na comunidade institucional, é primordial antes da implantação de programas de qualidade, pois permite colher informações que poderão ser mensuradas no decorrer do processo, como

também, identificar os problemas que devem ser discutidos e trabalhados prioritariamente.

Uma pesquisa desenvolvida em 1984, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que é referência nacional para hospitais universitários, realizou um diagnóstico institucional com a participação da comunidade universitária e, já naquela época, constatou a necessidade de se buscar um modelo gerencial que envolvesse as áreas de prestação de serviços, apoio técnico, apoio administrativo e dos usuários internos e externos. Identificou-se que o apoio administrativo era a base de todas as ações. No decorrer dos anos, aquela instituição implantou várias estratégias gerenciais, inclusive utilizando-se de ferramentas gerenciais do GQ, focalizadas no desenvolvimento e valorização de pessoal⁽¹⁵⁾.

As atividades desenvolvidas pelo *QualisaHUde*, desde sua implantação, constam da realização de cursos de sensibilização para a qualidade, ministrados para 90% dos servidores do hospital e para outras instituições que aprovaram essa estratégia de sensibilização. Esses treinamentos foram ministrados por servidores do hospital que, após serem capacitados, construíram coletivamente o programa do curso. Foram realizados 63 cursos de 12h, utilizando-se de estratégias pedagógicas interativas. Ao todo, foram sensibilizados 1.995 trabalhadores, sendo que 93% avaliaram os cursos com conceitos que variaram de ótimo a bom.

A educação continuada é um dos primeiros processos a ser reorganizados após a decisão de se implantar o GQ, pois todos os trabalhadores, da alta gerência aos servidores da linha de frente, devem estar afinados com a nova filosofia, além de que esses cursos/oficinas/eventos devem ser transformados em espaços de discussão dos problemas enfrentados pela instituição na definição das estratégias que garantam a inserção no processo de todas as categorias funcionais⁽³⁾.

Deming⁽²⁾ recomenda, em seus princípios 6º e 13º, a instituição de treinamentos e o autoaprimoramento de todos. Outro autor⁽¹⁶⁾ também recomenda, em seus princípios gerais, o autodesenvolvimento e a participação de todos os trabalhadores da empresa, demonstrando ser

esta uma das ferramentas fundamentais na implantação desse modelo de gestão.

Um pesquisador na área de qualidade de serviços de saúde⁽⁹⁾ recomenda que nos treinamentos devem-se utilizar metodologias pedagógicas problematizadoras e interativas, considerando-se que todos os envolvidos são trabalhadores da instituição e a conhecem detalhadamente. Afirmou que a avaliação dos cursos, geralmente, é muito boa pelas expectativas dos trabalhadores em relação às perspectivas de participação no novo processo de gerenciamento.

Outros autores^(10,11,17) reforçam que é fundamental a sensibilização da comunidade interna antes da implantação do novo modelo gerencial, pois os trabalhadores poderão, juntamente com a alta direção, traçar os rumos do programa de qualidade por meio da formação do grupo gestor da qualidade, composto por representantes dos vários setores e níveis hierárquicos.

O *QualisaHUde*, por meio do escritório de qualidade, também promoveu vários cursos, palestras e apresentações de peças teatrais, objetivando disseminar a cultura da qualidade conforme é recomendado por vários autores^(2,16,18).

O escritório de qualidade do HUL realizou a cada dois anos avaliações junto aos clientes internos constituídos por servidores, docentes e alunos, utilizando um formulário pré-elaborado, que continha perguntas abertas e fechadas que indicavam a qualidade dos serviços prestados no hospital. Os resultados foram analisados pela Comissão Executiva do *QualisaHUde* que propunha estratégias para solucionar os problemas identificados.

Também foram efetuadas avaliações mensais junto aos pacientes e seus familiares durante a internação e nos atendimentos em pronto-socorro e ambulatório. O formulário também era pré-elaborado e possuía perguntas abertas e fechadas, possibilitando, ao usuário, expressar sua impressão sobre a assistência recebida. Os resultados ainda foram analisados na Comissão Executiva *QualisaHUde* e propostas foram sugeridas.

Todos os pacientes que se identificaram receberam uma carta do Superintendente, agradecendo a colaboração no preenchimento do

formulário. Os servidores, docentes e alunos que prestaram bom atendimento e foram citados por pacientes também receberam uma carta de agradecimento do Superintendente.

Embora os resultados das avaliações realizadas com os clientes externos e internos apresentassem conceitos de ótimo e bom, que variaram entre 75 a 85%, o hospital, com exceção do serviço de enfermagem, não possuía, formalmente instalados, sistemas de garantia de qualidade e de auditoria de processo, dificultando identificar a eficácia de seus procedimentos, sobretudo aqueles voltados à sua área médico-hospitalar⁽⁶⁾.

As pesquisas de opinião são amplamente utilizadas por instituições de saúde para avaliar, entre outros aspectos, as necessidades, preferências e desejos dos clientes. Apesar de a avaliação da satisfação do cliente ser um dogma para os consultores em qualidade, os resultados das pesquisas de opinião devem ser interpretados com muita cautela, pelo grau de incerteza que apresentam. Observa-se que as expectativas dos clientes são condicionadas por suas experiências anteriores, pelas necessidades conscientes, pelos desejos inconscientes e pela vivência com as pessoas em que confiam. A instituição imagina que os clientes desejam ou precisam é condicionado pelos paradigmas e sistemas de valores inseridos na cultura da empresa⁽¹¹⁾.

Comentar a satisfação do usuário do setor público é tarefa desafiadora, pois a oferta de serviços não ocorre de forma homogênea, inclusive para serviços especializados e de alta complexidade, em que prevalece a falta de opção. Considera-se que essa desigualdade de condições entre prestadores e consumidores de saúde pode resultar em avaliações distorcidas de satisfação. Afirma-se, também, que houve avanços nos processos de avaliação da satisfação do cliente, embora somente se obtenham respostas daquilo que se perguntou, assim, se as respostas são pouco conclusivas, talvez o problema esteja nas perguntas⁽⁴⁾.

Embora os pacientes possam não estar preparados para avaliar os cuidados quanto aos aspectos técnicos e à competência profissional, quando se lhes oferecem oportunidades, expressam sua opinião referente à interação com a equipe de saúde e o impacto que as ações assistenciais lhes causaram. Ressaltou-se que,

embora a mensuração da satisfação do paciente seja um componente importante, constitui-se apenas em um dos indicadores a serem utilizados para o controle, considerando-se que a qualidade só poderá ser atribuída quando a análise da assistência contemplar seus aspectos globais⁽⁵⁾.

A centralização do processo de qualidade no paciente se constitui numa estratégia porque concilia os esforços de se entender suas necessidades com os sistemas que apoiam a melhoria contínua da qualidade dos serviços, terminando com a soberania do médico que, muitas vezes, determina que a qualidade só pode ser entendida e definida por ele⁽¹²⁾.

Apesar dos bons resultados das pesquisas, o foco do Programa *QualisaHUde* foi trabalhar com os pontos negativos, pois estes oferecem inúmeras oportunidades de aperfeiçoamento e mobilizam grandes esforços no sentido de superar as dificuldades, por meio de ações do programa ou da própria direção, e tornam possível utilizar as informações como instrumento gerencial, de modo que clientes internos e externos sejam beneficiados com os resultados.

A Comissão Executiva do *QualisaHUde* fundamentou-se na trilogia de Juran⁽¹⁸⁾ para elaborar todos os instrumentos de avaliação aplicados para os clientes internos e externos. Os conceitos fundamentais desse autor referem-se ao planejamento, à manutenção e à melhoria da qualidade, por meio da identificação de quem são seus clientes internos e externos, determinando as necessidades dos mesmos e as estratégias dos serviços que respondam às suas necessidades. Esse processo deve ocorrer por meio da análise do desempenho dos setores com o objetivo de promover a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Para garantir a qualidade dos processos de trabalho, a Comissão Executiva do *QualisaHUde* definiu que o hospital entraria no programa Nacional de Acreditação Hospitalar em 2003, pois, desde 2001, já desenvolvia estratégias para sensibilizar seus colaboradores na implantação desse modelo de avaliação. O hospital, por meio do escritório de qualidade, realizou um diagnóstico de suas condições, de acordo com os critérios estabelecidos pelo programa nacional de Acreditação Hospitalar. Verificou-se que os vários serviços

encontravam-se classificados entre os três níveis de padrão de qualidade, sendo necessário fazer muitos ajustes, antes de solicitar a visita da comissão avaliadora.

O escritório de qualidade, juntamente com a diretoria de enfermagem, também elaborou todo o material instrucional e implementou o programa “5 S - SaHudável”, conhecido como os 5 sentidos da qualidade.

O “5 S” é um método educacional, desenvolvido no Japão, que foi interpretado no Brasil como cinco Sentidos, ou seja, Senso de Utilização/Seleção, Senso de Ordenação, Senso de Limpeza, Senso de Saúde e Senso de Autodisciplina.

Esse método compreende o cultivo de valores inerentes a cada indivíduo. É uma questão de prática, que envolve a participação de todos para a transformação do ambiente no qual se trabalha, se produz e se vive, em espaços mais agradáveis, limpos e seguros. É um caminho para o despertar do senso de qualidade⁽¹⁹⁾.

Para se implantar o “5 S”, torna-se necessário sensibilizar os trabalhadores por meio de cursos que apresentem as estratégias adotadas para esse programa. É importante, também, discutir com os colaboradores as questões culturais de nosso país e esclarecer quais são os objetivos da instituição na implantação desse modelo de organização.

A implantação do “5 S” foi um dos acontecimentos mais marcantes na instituição, pois todos os setores da diretoria administrativa, ala administrativa das diretorias de enfermagem, superintendência e clínica, cinco unidades de internação e o pronto-socorro aderiram ao programa e realizaram os “1º S e 2º S” na mesma semana. Utilizaram todas as estratégias recomendadas na literatura quando da utilização desta ferramenta.

Com aplicação do “5 S”, 30 t de equipamentos e móveis, que não eram mais utilizados e estavam depositados em vários locais do hospital, foram transferidas para a prefeitura do campus universitário. Muitos materiais e equipamentos retornaram ao almoxarifado, demonstrando que havia um descontrole na requisição daqueles produtos. Também foram identificados outros processos de trabalho que eram realizados de maneira inadequada. Os setores se reorganizaram, muitos

passaram por reforma em sua área estrutural para garantirem um layout mais agradável.

As atividades desenvolvidas no “5 S” foram filmadas em todas as etapas e o serviço de documentação científica da instituição elaborou um vídeo educativo que é utilizado nos cursos de sensibilização, ministrado aos novos colaboradores da instituição.

Foram implantadas comissões para se realizar trimestralmente as verificações das áreas que adotaram o “5 S”. Essas comissões eram constituídas por funcionários que foram voluntariamente capacitados para executarem essa atividade⁽¹⁶⁾.

Vários servidores foram treinados, mas somente 36,5% das áreas aderiram ao “5 S – SaHudável”, pois a inclusão no programa era voluntária. Em alguns setores foram relatadas dificuldades tais como a não-adesão de toda a equipe, principalmente dos médicos, inviabilizando-se a continuidade do setor no programa. O escritório de qualidade, juntamente com a Comissão Executiva, discutiu estratégias para ampliar a abrangência do programa “5 S” por meio da sensibilização e envolvimento das chefias imediatas.

Também foi observada, por outro autor⁽¹⁰⁾, a pequena adesão dos médicos na implantação do programa de qualidade em uma instituição hospitalar privada e de grande porte em um município do Estado de São Paulo.

Outros autores^(9-12,14,17) afirmam que a categoria médica tem dificuldade em se envolver nos programas de qualidade por seus compromissos extrainstitucionais. Ressaltam, ainda, que a resistência da equipe médica em participar de programas de qualidade está relacionada aos mecanismos de controle que são inseridos nos seus processos de trabalho. A atitude dessa categoria profissional tem sido um dos problemas enfrentados por muitas das instituições que implantaram o GT, inviabilizando, em alguns setores, a manutenção do processo, como foi o caso do Centro Cirúrgico do hospital em estudo.

Outro autor⁽⁹⁾ destaca que o comportamento da classe médica vai se modificar espontaneamente no decorrer do tempo, quando esses profissionais forem envolvidos na gestão dos serviços onde atuam, possibilitando, de um lado, o conhecimento dos aspectos

organizacionais e, de outro, a aproximação com um trabalho em equipe.

O próprio Deming⁽²⁾ afirmou que nem todos os trabalhadores aderem à nova filosofia pelas dificuldades que encontram em empregar a metodologia ou em aceitar todos os princípios propostos nesse modelo de gestão.

Embora seja impraticável envolver todos os funcionários ao longo do processo de implantação de programas de qualidade, recomenda-se desenvolver estratégias de inserção dos mesmos, convocando-os sempre para cursos, oficinas, discussão de novas rotinas e determinação de padrões para avaliação da qualidade, envolvendo-os em todas as oportunidades possíveis⁽²⁰⁾.

Utilizando-se da ferramenta dos círculos de qualidade descrita por pesquisador na área de qualidade⁽¹⁶⁾, foram formados no HUL vários grupos para estudar e propor estratégias para solução de problemas identificados no atendimento em portaria, recepção, triagem, telefonia e referentes à poluição sonora no ambiente hospitalar, entre outros.

Como parte das atividades de saúde e autodisciplina recomendadas no “5 S” foram criados, em parceria com a Casa de Cultura da UEL, os corais HU em Canto e Vozes do AHC, que envolvem colaboradores das duas unidades. Os ensaios dos corais ocorreram em dois dias da semana, fora do horário de trabalho, e demonstraram ser uma estratégia adequada na inter-relação dos servidores.

Ressalta-se que a liderança para qualidade deve ser criativa e inovadora ao escolher e utilizar as formas de comunicação⁽⁹⁾. No HUL foram implementadas diversas estratégias de comunicação, desde a utilização de cartazes, murais específicos, malas-diretas, reuniões com alunos recém-chegados à instituição, entre outras. A publicação mensal do Boletim **SaHUde** também foi uma estratégia utilizada para divulgar todas as atividades de assistência, ensino, pesquisa e extensão, desenvolvidas pela comunidade universitária, bem como divulgar as atividades realizadas pelo QualisaHUde.

Apesar de todos os avanços no gerenciamento e controle da qualidade, ainda falta consolidar a cultura da qualidade em todos os processos de trabalho desenvolvidos no hospital⁽⁵⁾.

Entender e reconhecer a atividade hospitalar como um negócio e compatibilizar esse conceito com a função social do hospital exige uma gestão institucional ética e competente. Constitui-se em um desafio adaptar uma organização tão complexa como o hospital ao novo paradigma da qualidade e implantar o controle da qualidade total. Para instituições públicas, mais do que um desafio, trata-se de uma questão de sobrevivência.

Os hospitais são organizações tradicionais que apresentam forte resistência às mudanças, porque estas quase sempre implicam alterações na distribuição do poder dentro da instituição. Essa resistência manifesta-se em todos os níveis, já que as mudanças podem colocar em risco o poder adquirido durante vários anos⁽¹¹⁾.

O prêmio *Qualidade 2000*, outorgado ao HUL pelo Ministério da Saúde, o reconhecimento em 1999 pela Unicef de *Hospital Amigo da Criança* e de a instituição fazer parte do seleto grupo dos *Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar* do Ministério da Saúde podem ser reflexos de todas as atividades desenvolvidas pelo programa *QualisaHUde*, além de demonstrar o comprometimento dos servidores, docentes, residentes e alunos com as atividades desenvolvidas no hospital.

A equipe de enfermagem, por meio do Conselho de Enfermagem do setor de educação e treinamento e enfermeiros aceitaram o convite e participaram ativamente da implantação do *QualisaHUde*, inclusive treinando os multiplicadores e construindo juntamente com eles o curso de *Sensibilização para a Qualidade Total*.

Vários estudos realizados^(8,10,12) demonstraram que a equipe de enfermagem é a primeira a aderir à filosofia da qualidade, verificando que, pelas características do serviço de enfermagem, os princípios da qualidade são rapidamente inseridos nos processos de trabalho, pois, de certa forma, é uma maneira de se institucionalizar o que já é executado.

Em 2001, o Ministério da Saúde financiou uma assessoria da Fundação Getúlio Vargas (FGV/SP) para o HUL com objetivo de aprimorar seus processos de trabalho. Toda a estrutura administrativa e assistencial foi avaliada por especialistas.

A área de GQ foi analisada por Ana Maria Malik, que na época era docente da FGV e da Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, diretora do Programa de Estudos Avançados Hospitalar e de Sistemas de Saúde (Prohasa), além de ser especialista no desenvolvimento de gestão da qualidade. A consultora avaliou que o *QualisaHUde* foi implantado dentro das normas estabelecidas na literatura, descrevendo em seu relatório que no HUL a estratégia de GQ já havia sido implantada e que os problemas encontrados eram referentes às características de hospital universitário e público. Recomendou que a comunidade interna deveria implementar, rapidamente, estratégias para adequar os processos de trabalho e a área física dentro das normas estabelecidas pelo Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, para solicitar a avaliação da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do Programa de Qualidade no HUL permitiu identificar e discutir em tempo real os processos de trabalho. Entretanto, trata-se de um processo que requer a atenção constante da equipe sobre o desempenho desta, sendo necessário o envolvimento de todos para manter os objetivos centrais de prestar uma assistência com qualidade e segura, sem aumentar ou incitar os conflitos entre as equipes.

Os vários serviços do HUL re-estruturaram seus processos de trabalho, utilizando-se das ferramentas preconizadas nos princípios da Qualidade, sendo que a mais executada foi o PDCA por ser um processo simples e fácil de ser usado por todos os membros do grupo.

O “5 S” foi outra ferramenta da Qualidade muito utilizada, pois seus princípios são claros e

vão ao encontro dos princípios de higiene e organização tão preconizados nos processos de trabalho em instituições hospitalares.

O desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores, uma das estratégias implementadas, foi efetiva, pois vários servidores concluíram a especialização em sua área de atuação, além de participarem de cursos de educação continuada, outros se inseriram em programas “stricto sensu” em que iniciaram o mestrado e o doutorado.

No serviço de enfermagem, todos os auxiliares concluíram o curso técnico de enfermagem, e um grande número de trabalhadores concluiu o ensino de Nível Médio nos programas desenvolvidos pela UEL.

Vários cursos de educação continuada foram desenvolvidos ao longo dos anos e de acordo com a necessidade de aprimoramento dos processos de trabalho de cada serviço. Também foram realizados vários cursos e oficinas de educação permanente para a equipe multiprofissional que atuava na instituição.

As políticas de contenção de gastos adotadas pelo governo estadual, a partir de 1999, impediram a reposição de pessoal e retiraram alguns benefícios que o trabalhador havia conquistado anteriormente, provocando revoltas dos servidores, trazendo consequências à organização e manutenção dos processos de trabalho com qualidade.

O modelo de controle de qualidade utilizado neste estudo mostrou ser um instrumento valioso para garantir a qualidade da prática assistencial executada na instituição. Tornou-se uma ferramenta gerencial importante no direcionamento das mudanças efetivadas nos processos de trabalho dos vários serviços para alcançar a qualidade no assistir, no ensinar e no pesquisar em saúde.

IMPLEMENTATION OF A QUALITY PROGRAM IN A UNIVERSITY HOSPITAL ABSTRACT

In 1994, the University Hospital of Londrina (UHL) implemented a quality program named *QualisaHUde*. At the time, the nursing director along with the head of the nursing education and training department directed the implementation of this program, given that the quality department was not operating. The aim of this paper is to describe the strategies and work process involved in the implementation of this quality program. Descriptive study conducted in a University Hospital with 294 beds, all available for Public Health System patients. There is high technology equipment being used in an old building structure with many adaptations. The services restructured the work process using Quality Principle tools. The most executed were Plan, Do, Check, Action and “5 S” considering the simplicity and prompt use. The implementation of the quality program highlighted the identification and discussion of the work process while they were taking place. However, this process requires constant

attention of the team over their performance. Therefore, all team members must be committed to reach the main goals of delivering care with quality and safety without raising or causing conflicts within the teams.

Keywords: Total Quality Management. Teaching Hospitals. Nursing.

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE CALIDAD EN HOSPITAL UNIVERSITARIO PÚBLICO

RESUMEN

En 1994 el Hospital Universitario de Londrina (HU) implantó el programa de calidad denominado *QualisaHUde*. La directora de enfermería de entonces, juntamente con la jefa de la división de educación y entrenamiento de enfermería fueron las responsables por la implantación del programa, mientras la oficina de calidad no estaba funcionando. El objetivo de este trabajo es describir las estrategias utilizadas y el proceso de implantación del referido programa de calidad. Estudio descriptivo realizado en un hospital universitario público con 294 camas, todas a disposición del Sistema Único de Salud. Posee equipamientos de tecnología de punta instalados en una construcción antigua con varias adecuaciones. Los servicios reestructuran sus procesos de trabajo valiéndose de herramientas ponderadas en los principios de la Calidad, siendo que la más utilizada fue el Plan, Do, Check, Action y el "5 S", por constituirse en procedimientos simples y fáciles de ser ejecutados. La implantación del Programa de Calidad permitió identificar y discutir en tiempo real los procesos de trabajo. Sin embargo, se trata de un proceso que requiere la atención constante del equipo sobre su desempeño, siendo necesario el involucramiento de todos para mantener los objetivos centrales de prestar una asistencia con calidad y segura, sin aumentar o incitar los conflictos entre los equipos.

Palabras clave: Programa de Calidad Total. Hospitales Escuela. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Souza DA, Fonseca AS. Auditoria em enfermagem: visão das enfermeiras do município de São Paulo. *Nursing*. 2005;84(8):234-38.
2. Deming WE. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva; 1990.
3. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev Escola Enferm USP*. 2009;43(2):429-37.
4. Oliveira AEM, Malik AM. Avaliação de resultados. In: Malik AM, Vecina Neto G. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 138-43.
5. Haddad MCL, Évora YDM. Qualidade da assistência de enfermagem: a opinião do paciente internado em hospital universitário público. *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(Supl.1): 45-52.
6. Hospital Universitário de Londrina. Serviço de atendimento médico e estatística. Relatório anual - 2002. Londrina; 2002.
7. Programa de Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem do núcleo de apoio à gestão hospitalar (NAGEH). São Paulo: APM/CREMESP; 2006.
8. Mirshawka, V. *Hospital: fui bem atendido!* São Paulo: Makron Books; 1994.
9. Nogueira R P. *Perspectiva de qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
10. Antunes AV, Trevizan MA. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2000;8(1):35-44.
11. Zanon U. *Qualidade da assistência médico-hospitalar*. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.
12. Mezomo, JC. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole; 2001.
13. Bohomol E. Padrões para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem. In: D'Innocenzo M, coordenadora. *Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. São Paulo: Martinari; 2006. p. 73-85.
14. Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo: Makron Books; 1994.
15. Mendes, E. El futuro de los hospitales públicos: Brasil. In: Paganini JM, Novaes HM. *El hospital público: tendencias y perspectivas*. Washington(DC): OPAS; 1994. p. 77-95.
16. Ishikawa, P. *Controle de qualidade total*. Rio de Janeiro: Campus; 1993.
17. Malik AM. Qualidade e avaliações nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'Innocenzo M, Feldman LB, Fazenda NRR, Helito RAB, Ruthes RM, coordenadores. *Indicadores, auditorias e certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde*. 2ª ed São Paulo: Martinari; 2010. p. 21-36.
18. Juran JM, Gryna F. *Controle da qualidade, conceitos, políticas e filosofia da qualidade*. São Paulo: Mc-Graw-Hill; 1991. v.1.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Rede Brasileira de Laboratórios de Saúde Pública. *O Método 5 S*, 2005. [citado 2011 out 18]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/reblas/procedimentos/metodo_5S.pdf.
20. Marquis BL, Huston CJ. *Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Endereço para correspondência: Maria do Carmo Lourenço Haddad. Rodovia Celso Garcia Cid, Campus Universitário, CEP: 86051-980, Londrina, Paraná.