

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**EVIDÊNCIAS DE GESTÃO DOS INDICADORES DE
QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE E NA ENFERMAGEM**

JANICE SANTOS DE OLIVEIRA

Belo Horizonte

2011

JANICE SANTOS DE OLIVEIRA

**EVIDÊNCIAS DE GESTÃO DOS INDICADORES DE
QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE E NA ENFERMAGEM**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar – do Departamento de Enfermagem Básica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – Como requisito para obtenção do título de especialista em terapia intensiva.

Orientadora: Anadias Trajano Camargos

Belo Horizonte

2011

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar as evidências de gestão dos indicadores de qualidade de assistência no sistema único de saúde e na enfermagem. Trata-se de revisão integrativa a partir dos descritores: indicadores, indicadores básicos de saúde, indicadores de gestão, indicadores de qualidade, indicadores de qualidade em assistência a saúde, indicadores de saúde, assistência, acesso e avaliação da assistência a saúde, avaliação do acesso e da qualidade da saúde, assistência a saúde, cuidados de assistência a saúde, indicadores de qualidade em assistência a saúde mecanismos de avaliação da assistência a saúde, qualidade da assistência a saúde, qualidade, acesso e avaliação da assistência a saúde, qualidade acesso e avaliação, assistência ao paciente, avaliação de resultados da assistência ao paciente, assistência centrada no paciente assistência de enfermagem, SUS de literatura. A busca foi realizada na base de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO. A amostra foi constituída por quatro artigos. Os resultados mostraram que os indicadores de qualidade de assistência estão relacionados principalmente com a produtividade dos serviços públicos, o atendimento a demanda aos recursos materiais os recursos humanos. Concluiu-se que os principais indicadores evidenciaram produtividade institucional e os serviços médicos, não avaliaram os processos assistenciais e o serviço de enfermagem constituindo os principais desafios para os trabalhadores em saúde pública.

Descritores: indicadores, qualidade, assistência, sistema único de saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Base de dados, população e estratégia de busca	17
QUADRO 2 - Distribuição da amostra segundo a profissão, titulação e área de atuação do primeiro autor	19
QUADRO 3 – Características relacionadas às publicações	20
QUADRO 4 – Indicadores de qualidade avaliados na amostra.....	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVO	9
3	CONTEXTUALIZAÇÃO	10
3.1	Breve histórico a cerca da qualidade total.....	10
3.2	Gestão da saúde.....	11
3.3	Ferramentas para gestão da qualidade.....	12
3.4	Classificação dos indicadores de qualidade.....	13
4	PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS	16
4.1	Métodos e etapas.....	16
4.2	População e amostra.....	17
4.3	Crítérios de Inclusão.....	18
4.4	Variáveis de estudo	18
4.5	Instrumento de coleta de dados	18
4.6	Análise dos dados.....	18
5	RESULTADOS	19
5.1	Caracterização da produção científica	19
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26
	APÊNDICE	29

1 INTRODUÇÃO

O Sistema único de Saúde está em constante aperfeiçoamento e sua construção é dependente de toda a sociedade (CAMPOS, 1998).

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder Público, constitui o Sistema único de Saúde- SUS (LEI 8080/90). As ações desenvolvidas pelos vários serviços devem obedecer aos princípios e diretrizes que o norteiam.

Segundo a Constituição Federal de 1988, o SUS tem a mesma filosofia de atuação em todo território nacional é **universal**, pois atende a todos os cidadãos sem distinção de acordo com suas necessidades, e trata a saúde como um todo envolvendo indivíduo e comunidade aborda ações de prevenção e tratamento, observa a **equidade** oferece os recursos de acordo com as necessidades de cada um; É **descentralizado** possui um gestor único em cada esfera de governo municipal, estadual e federal; É **regionalizado e hierarquizado** os serviços de saúde são organizados de maneira regionalizada e hierarquizada assim as questões menos complexas devem ser atendidas nas unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até o hospital especializado; estabelecendo um relacionamento de referência e contra-referência;

Em relação ao setor privado a Constituição Federal prevê participação de forma complementar, preferencialmente pelo setor filantrópico e sem fins lucrativos por meio de contrato administrativo ou convenio.

Os serviços oferecidos pelo SUS devem ser realizados de acordo com as necessidades da população atendendo os problemas mais freqüentes de cada região; Deve ser eficaz e eficiente mediante a prestação de **serviços de qualidade**, eliminando-se desperdícios e aplicando os recursos dispensados da melhor maneira; Deve promover a participação popular, principalmente através dos conselhos e conferências de saúde. Assim a Constituição Federal garante a assistência de saúde ao indivíduo como um todo indivisível e contempla a preocupação com a qualidade assistencial em seu sentido mais amplo.

A gestão no SUS acontece em cada nível de governo, cada esfera é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de saúde, nos termos das Leis 8.080/90 e lei 8.142/1990 (NOB SUS 01/96). A articulação entre os níveis de governo acontece através da *agenda de saúde* que estabelece um elenco de prioridades e tem caráter descendente; O *plano de saúde* que contém o diagnóstico da realidade baseado em indicadores de saúde e com caráter ascendente; O *plano diretor de regionalização* onde é definido a organização da assistência com todas as referências definidas; O *plano diretor de investimentos* que contém um levantamento de necessidades para organizar a assistência de acordo com o plano de regionalização, especificando os investimentos que o município deve efetuar; A *programação pactuada e integrada* que é a quantificação e o aprofundamento das ações descritas no plano; O *relatório de gestão* que é embasado em indicadores de saúde e estabelece a correlação entre as metas e os resultados(NOB SUS).

Os indicadores de saúde são utilizados para o relatório de gestão, o diagnóstico de saúde e para a elaboração do plano de saúde. No Sistema Único de Saúde alguns indicadores estão englobados em *índice*, Como acontece no *Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)* onde estão agregados os indicadores de renda, longevidade (expectativa de vida ao nascer), e Escolaridade (taxa de alfabetização de adultos e taxa de escolaridade combinada).

Para o adequado planejamento controle e avaliação das ações de saúde é preciso uma permanente articulação entre as esferas do governo.

Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do Ministério da Saúde constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria (NOB SUS 01/96).

A Portaria MS/SNAS 16,de 08 de janeiro de 1991, implantou o SIH-SUS e a tabela única de remuneração para assistência á saúde hospitalar e seu instrumento de internação , a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os serviços prestados pelas entidades públicas e privadas, com e sem fins lucrativos, controladas ou conveniadas com estados e municípios, são pagos através de sistemas de remuneração fixa por procedimentos hospitalares e ambulatoriais. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS) são baseados no conceito de valores médios que remuneram da mesma forma cada procedimento em todas as unidades do país

(Ministério da saúde, 2000) Tais instrumentos também possibilitam o estudo e a análise da situação de saúde nas diversas localidades.

A prestação de serviços de saúde é uma atividade complexa afetada por uma série de fatores internos e ambientais que podem comprometer seus resultados. A prestação de serviços médicos e de saúde tem sua legitimidade no respeito dos princípios de equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade. (MEZOMO, 2001).

Ainda segundo o autor acima, muitas instituições hospitalares buscam na administração centrada na qualidade formas de sucesso e sua própria manutenção no mercado de serviços de saúde. A gestão da qualidade parece estar intimamente ligada a esse sucesso desejado, uma vez que o cliente busca instituições que excedam suas expectativas.

A consciência ética, o valor da comunidade, a responsabilidade social são valores que suscitam a confiança dos usuários dos serviços de saúde e esses valores são agregados na gestão da qualidade. Gerenciar pela qualidade total é buscar continuamente por melhorias através de metodologias pré- estabelecidas. Neste contexto, os profissionais da saúde precisam se adaptar às diversas mudanças e exigências do mercado.

A enfermagem tem se desenvolvido de acordo com as mudanças sócio-político-econômicos vigentes, e sua atuação tem sido caracterizada por períodos de avanços e retrocessos determinados pela história da sociedade tentando suprir as necessidades de saúde. (MATSUDA, 1998). Ainda hoje a enfermagem continua sendo impulsionada em detrimento de exigências do mercado econômico e político.

Para Silva(1994) a enfermagem deve direcionar suas atividades técnico-assistências e administrativas na busca de estratégias de controle de suas ações para garantia da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Retomar o cuidado, definir seu campo de ação e os meios para efetivá-lo.

Sabe-se que a gestão da qualidade está presente no ambiente das instituições de saúde privada principalmente após o grande movimento em busca da certificação hospitalar. Mezomo, (2001) refere que a certificação hospitalar pode significar melhoras na lucratividade da instituição. Já para as instituições públicas o lucro não é propriamente o objetivo central do serviço oferecido, de acordo com a lei 8080/90 a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

2 OBJETIVO

Identificar as principais evidências de gestão dos indicadores de qualidade de assistência no Sistema Único de Saúde e na enfermagem.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO

3.1 Breve histórico acerca da qualidade total

A gestão pela qualidade total como é chamada no Brasil é um sistema administrativo que foi aperfeiçoado no Japão logo após a II Guerra Mundial, a partir de idéias americanas (MATSUDA, 1998). Muitos foram os cientistas que contribuíram na construção do conhecimento sobre gerenciamento da qualidade pode-se citar alguns:

Walter Shewhart (1924), físico e pesquisador dos laboratórios Bell nos Estados Unidos, utilizou, métodos estatísticos e criou a primeira carta de controle. Este método se tornou clássico para o estudo dos processos, no que diz respeito ao seu estado de controle e a sua previsibilidade.

Dr. W Edwards Deming (1927) é apresentado a Shewhart e ambos se dedicam ao estudo da estatística e de sua influência na qualidade dos resultados dos processos, publicando inclusive vários trabalhos.

Deming viaja ao Japão em 1947, a convite do governo japonês, e em 1950 dá uma série de palestras históricas sobre controle de qualidade, cooperando no esforço da época para reconstrução do Japão, que se encontrava devastado após a segunda guerra. Outro estudioso do controle da qualidade, J.M, Juran ,publica em 1951 o seu clássico *Quality Control Handbook*. Em 1954, o prof. Juran também dá conferencias no Japão. Ele é o responsável pelo agrupamento dos processos gerenciais da qualidade na trilogia de Juran: planejamento da qualidade, manutenção da qualidade e melhoria da qualidade. Também foi Juran quem chamou a atenção para os custos de não se trabalhar com qualidade: erros, desperdícios e retrabalho.

O professor Kaoru Ishikawa(1954) da universidade de Tóquio desenvolveu o conceito de círculos de controle de qualidade (CCQ) e do diagrama de causa e efeito, ferramenta fundamental para a compreensão dos processos e seus resultados. Em 1975, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHCO), dos Estados Unidos, publica padrões revisados, nos quais é introduzida pela primeira vez, como requisito de para a acreditação, a exigência de métodos para verificação e documentação da qualidade nas organizações de saúde.

Dr. Avedis Donabedian, publicou inúmeros trabalhos refletindo suas preocupações com a caracterização da qualidade no setor de saúde, e com formas

de avaliá-la. Em 1987, o médico Donald Berwick, coordenou um projeto onde 21 instituições de saúde passaram a receber assistência de consultores oriundos de empresas da área industrial, uma forma de comprovar que a gestão pela qualidade total pode funcionar também na área de saúde.

A qualidade na assistência ao paciente sempre foi uma constante no serviço da enfermagem ressaltando-se que a enfermeira Florence Nightingale (1820-1910) implantou o primeiro modelo de melhoria contínua de qualidade em saúde em 1854, com base em dados estatísticos e gráficos e pode observar que a taxa de mortalidade no hospital Scutari recuaram de 42.7% para 2.2% (NOGUEIRA, 2008).

3.2- Gestão da saúde

A gestão consiste no conjunto de ações direcionadas para determinado fim. Essas ações são realizadas em todos os níveis em que o sistema de saúde se articula: na organização de ministérios e áreas de saúde a macrogestão, na direção de hospitais e seguradoras a gestão intermediária; e na prática assistencial dos serviços e unidades clínicas a microgestão (ARANAZ, 2008).

Andrés *et al.*, (2008) afirmam que a gestão inclui ações voltadas para a preparação para o futuro e dentre elas estão o planejamento e a programação.

Para o autor o planejamento prepara recursos para alcançar objetivos, e o planejamento pode ser *normativo* quando determina as metas do sistema e constitui o marco de referência desejado; *Estratégico* quando estabelece objetivos essenciais para que as metas da política de saúde sejam alcançadas e *operacional* quando envolvem a programação de atividades voltadas para objetivos específicos. Já a *Programação* envolve os recursos e atividades realizados com a finalidade de alcançar objetivos em uma população definida. A programação envolve a análise das necessidades o estabelecimento de prioridades a formulação de objetivos a seleção de recursos e atividades sua implementação, avaliação e a análise das necessidades.

Toda ação em saúde deve ser planejada e sua avaliação uma constante, e a gestão é o que permitirá a extinção de desigualdades e o alcance da satisfação dos clientes.

Para a gestão de sistemas complexos como o serviço de saúde se faz necessários a utilização de ferramentas também complexas que possam controlar e avaliar os serviços (MALAGÓN-LONDONO, 2010).

O artigo 196 da CONSTITUIÇÃO FEDERAL coloca que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL,CONSTITUIÇÃO FEDERAL,1988). E cabe a União, Estados, Distrito Federal a definição das instâncias e dos mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde (BRASIL,LEI 8080/90).

Para Andrés *et al.*, (2008) as necessidades de saúde estão distribuídas em categorias que envolvem as identificadas por especialistas,as sentidas ou percebidas pelas populações e as expressas por demanda de serviços. Tais considerações nos remetem a importância da gestão no serviço de saúde.

Em 1986 a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde já direcionava a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos de tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade. (NOB-SUS 01/96).

3.3 Ferramentas para a gestão da qualidade

Ishikawa (1993) refere que qualidade tem significado amplo, como a qualidade de trabalho, serviço, informação, processo, divisão e de pessoal. O enfoque básico é controlar qualidade em todas as suas manifestações.

A qualidade pode ser dividida em qualidade intrínseca que pode ser entendida como processo de assistência com as melhores evidências científicas de maior benefício ao paciente disponível no momento; custo, o menor para execução desse processo; atendimento, entrega do produto certo, para pessoa certa, na quantidade certa e na hora certa; segurança, processo seguro para o cliente, trabalhador e toda a sociedade, qualidade atrativa, o algo mais que garanta a fidelidade do cliente.(COUTO,2007).

Para o gerenciamento da qualidade é preciso o conhecimento de todo o processo. Para Couto (2007) pode-se lançar mão de algumas ferramentas para esse controle. As principais ferramentas são: **PDCA** onde cada inicial indica um caminho a ser percorrido *Plan*: Planeja cuidadosamente, estabelece prioridades, defini metas e métodos, mão-de-obra, materiais, equipamentos e cuidados para serem atingidas as metas. → *Do*: executar. Treinar os executores na sua função; colher dados estabelecidos no planejamento. → *Check*: avaliar, verificar a estabilidade do processo por análise estatística dos resultados alcançados. → *Act*: corrigir o rumo, com base em dados e fatos analisados na fase C, planejar as mudanças necessárias. **Diagrama em espinha de peixe** → na cabeça do peixe, na ponta da espinha, deve ser colocado o cliente, produto com suas características essenciais. As espinhas são a matéria prima, maquinas e equipamentos, mão-de-obra, medidas, meio, método. **Tabela de 5W-H** indica a forma de organizar a rotina escrita para o executor da tarefa. → W. What. O quê. → W. Where. Onde. → W. Why. Por quê. → W. Who. Quem → W. When. Quando → H. How. Como. Assim pode-se considerar que as ferramentas são utilizadas durante todo o processo de busca pela qualidade e vivenciadas no dia a dia do serviço institucional.

Couto (2007) ressalta que existem alguns tipos de qualidade que podem ser almeçados no processo de gestão, entre elas estão a *qualidade essencial* que é a qualidade que não pode faltar ao produto, deve ser realmente bom para o que se propõem (a melhor possível), entregar o produto certo na quantidade certa no lugar certo na hora para a pessoa certa, ser seguro para o cliente e comunidade e trabalhador e ter o menor custo a *qualidade atrativa* que determinam a preferência do cliente a *qualidade defensiva* que elimina o que desagrada ao cliente a *qualidade ofensiva* que antecipa a satisfação do cliente, surpreendem o cliente.

A avaliação da qualidade ocorre através dos indicadores específicos criado para o serviço. (MALAGÓN-LONDONO, 2010).

Um indicador é uma medida quantitativa que pode ser utilizado como diretriz para controlar e avaliar a qualidade das atividades (JCAHO, 1991) o indicador deve ser elaborado especificamente para determinado serviço obedecendo às especificidades do contexto não permitindo a interpretação dúbia. Para tanto é necessário elaborar o diagnóstico situacional do serviço para determinar o que deve ser avaliado. O diagnóstico situacional é o início do processo de planejamento ele

permite uma postura dinâmica dos gestores na delimitação dos indicadores (KURCGANT, 2005).

Segundo Aranaz *et al* (2001) os atributos de um indicador é o que determina em conjunto sua utilidade como medida: o indicador será válido se identificar as situações nas quais a qualidade do serviço pode ser melhorada, confiável quando for replicável por observadores diferentes para os mesmos casos, apropriado quando útil para a gestão da qualidade no nível do sistema de saúde em que vai ser utilizado apresentando um limite aceitável para permitir a variabilidade natural da evolução bioclínica.

3.4 Classificação dos indicadores de qualidade

Os indicadores podem ser classificados segundo a gravidade, tipo e resultado do acontecimento monitorado.

Segundo Malagón-Londoño (2010), os indicadores são conceituados de acordo com a significância do acontecimento monitorado: O *Indicador sentinela*: mede um acontecimento importante e indesejável o suficiente para exigir a revisão de todos os casos; O *indicador baseado em um índice ou proporção*: mede um acontecimento que exige revisão meticulosa porque um determinado número de casos não alcança um limiar previamente estabelecido como aceitável.

Existem ainda Segundo o autor citado acima aqueles indicadores que levam em conta o tipo de acontecimento monitorado: *Indicador de estrutura* que representa os meios humanos, os equipamentos e os recursos financeiros e pode ser expresso de maneira absoluta ou relativa; O *Indicador de processo* que mede a atividade desenvolvida direta ou indiretamente a partir de critérios de adequação consensuais ou baseados em evidência científica disponível; O *Indicador de resultados* que poderiam ser utilizados a partir de um acontecimento positivo ou negativo.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Método e etapas

Neste estudo optou-se pelo método de revisão integrativa, visto que ele permite sintetizar os resultados de pesquisas realizadas sobre determinado tema de maneira sistemática e ordenada.

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (WHITTEMORE; KNALF, 2005).

Segundo Broome (2000), citado por WHITTEMORE;KNALFL (2005) a revisão integrativa da literatura consiste ainda na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão.

No geral, para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional. As etapas são: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.(MENDES,2008).

4.2 População e amostra.

A busca foi realizada na base de dados LILACS, MEDLINE e SCIELLO utilizando os mesmos descritores. Não foram obtidas publicações nas bases de dados MEDLINE e SCIELLO, população foi constituída por estudos encontrados na base de dados LILACS.

A amostra foi constituída pela produção científica que atendeu aos critérios de inclusão após leitura e análise crítica da literatura.

A população, a estratégia de busca e a amostra estão descritos no quadro 1.

QUADRO 1
Base de dados, população e estratégia de busca

Bases de Dados	População	Estratégia de Busca	Amostra
LILACS	04	"INDICADORES" or "INDICADORES basicos de saude" or "INDICADORES de gestao" or "INDICADORES de qualidade" or "INDICADORES de qualidade em assistencia a saude" or "INDICADORES de saude" [Descriptor de assunto] and "ASSISTENCIA" or "acesso e avaliacao da qualidade da ASSISTENCIA a saude" or "avaliacao do acesso e da qualidade da ASSISTENCIA a saude" or "cuidados de ASSISTENCIA a saude" or "indicadores de qualidade em ASSISTENCIA a saude" or "mecanismos de avaliacao da ASSISTENCIA a saude" or "px qualidade da ASSISTENCIA a saude" or "qualidade da ASSISTENCIA a saude" or "qualidade, acesso e avaliacao da ASSISTENCIA a saude" or "qualidade da ASSISTENCIA a saude, acesso e avaliacao" or "ASSISTENCIA ao paciente" or "avaliacao de resultados da ASSISTENCIA ao paciente" or "ASSISTENCIA centrada no paciente" or "ASSISTENCIA de enfermagem" [Descriptor de assunto] and "SUS" or "SUSus" [Descriptor de assunto]	04
TOTAL	04		04

4.3 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo, publicações que responderam a pergunta da revisão e o objetivo do estudo.

4.4 Variáveis de estudo

Neste estudo foram selecionadas as variáveis relacionadas aos autores: profissão, área de atuação, país de origem, qualificação profissional; relacionada às publicações: fonte, ano de publicação, periódico, tipo de publicação e delineamento; e a variável de interesse: indicadores de qualidade de assistência no sistema único de saúde.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados foi elaborado um instrumento com o objetivo de facilitar o processo de coleta e análise dos dados, contendo questões relativas a todas as variáveis relacionadas ao estudo. (Apêndice)

4.6 Análise dos dados

Após a definição da amostra, realizou-se a análise dos dados do estudo, buscando identificar indicadores citados pelos autores e sua correlação com a qualidade assistencial além da classificação dos indicadores seguindo a classificação de MALAGÓN-LONDOÑO (2010).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados compreendeu publicações obtidas da base de dados LILACS, não foram obtidas publicações na base de dados MEDLINE e SCIELLO.

5.1 Caracterização da produção científica

A caracterização dos autores das publicações que fizeram parte do estudo estão descritos no quadro abaixo:

QUADRO 2

Distribuição da amostra segundo a profissão, titulação e área de atuação do primeiro autor.

Amostra	Profissão	Titulação	Área de atuação
Garcia Primo, Geraldo Magela (2008)	médico	mestre	Sanitarista, servidor do Hospital das Clínicas UFMG
Nascimento, Enilda Rosendo (2007)	Não disponível	Não disponível	Servidor, Departamento de enfermagem comunitária-DECOM
Toldra, Rosé Colom (2000)	Professora	Doutora	Servidora, coordenadora da área de saúde e reabilitação do núcleo de saúde da PUC Campinas
Brasil, Ministério da Saúde	Não se aplica	Não se aplica	

Conforme mostra o quadro 2 a amostra foi composta de estudos elaborados por um mestre e um doutor, um professor universitário e um médico sanitário, sendo que em dois estudos não foi possível a classificação das variáveis profissão e

titulação, três autores são servidores públicos e estão diretamente ligados ao serviço público.

QUADRO 3
Características relacionadas às publicações.

AMOSTRA	TÍTULO DO PERIODICO	FONTE	TIPO DE PUBLICAÇÃO	DELINEAMENTO
GarciaPrimo, Geraldo Magela (2008)	Rev: Med Minas Gerais	LILACS	artigo	Estudo primário quantitativo
Nascimento, Enilda Rosendo (2007)	Rev: Bras. Saúde materna e infantil	LILACS	artigo	Estudo primário quantitativo
Toldrá, Rose Colom (2000)	Rev. Terapia ocupacional Univ. São Paulo	LILACS	Artigo	Estudo primário qualitativo
Brasil, Ministério da saúde				

O quadro 3 aponta as publicações encontradas e que constam do estudo, sendo três artigos publicados em revistas especializadas em saúde sendo dois deles publicados nos últimos cinco anos e uma publicação do Ministério da Saúde. Os estudos tiveram delineamento primários sendo dois primários quantitativos.

QUADRO 4
Quadro sinóptico - indicadores de qualidade

AMOSTRA	INDICADORES
Garcia Primo, Geraldo Magela	Número de consultas médicas; Número de exames laboratoriais; Número de partos; Número Internações; Média de permanência; Rotatividade dos leitos; Taxa de mortalidade
Nascimento, Enilda Rosendo do	Percentual de unidades que implantaram o PHPN (programa de humanização no pré-natal e nascimento); Percentual de gestantes inscritas no PHPN e que realizaram consulta até o quarto mês; Percentual de gestantes imunizadas; Percentual de gestantes que aceitaram realizar o teste HIV voluntariamente
Brasil, Ministério da Saúde	Leitos Hospitalares; Leitos por habitantes; Leitos vinculados aos SUS; Leitos de unidade de terapia intensiva; Taxa de ocupação dos leitos; Taxa de mortalidade hospitalar; Média de permanência por AIH; Freqüência de AIH em cirurgia; Percentual de AIH de crônicos; Freqüência de AIH em obstetrícia; Total de partos; Número de cesáreas; Freqüência de AIH em pediatria; Internações em psiquiatria; AIH de reabilitação; Taxa de internações de alta complexidade; Freqüência de AIH de AIDS; Freqüência de AIH de deficiência auditiva; Freqüência de AIH de tratamento para epilepsia; Freqüência de AIH de implante coclear; Freqüência de AIH de oncologia; Freqüência de AIH de ósteo-integrado; Freqüência de AIH de transplantes; Diárias de UTI; Gastos com AIH; indicadores de gastos para todos os serviços prestados.
Toldra, Rosé Colon	Acessibilidade; Percentual de cobertura e atendimento; Estrutura; Recursos humanos; Disponibilização de materiais e equipamentos.

O quadro 4, descreve os indicadores de qualidade relacionando-os aos nomes dos autores.

Garcia (2008) coloca que os indicadores são utilizados para avaliação de produtividade no serviço oferecido, não monitoram acontecimentos indesejáveis ou avaliam resultados desejados a partir de um objetivo. Os indicadores citados foram o número de consultas médicas, número de exames laboratoriais realizados pelo laboratório central, número de partos, número de internações, média de permanência, giro do leito, taxa de mortalidade para o período de 1977 a 2006.

Nascimento (2007) ressalta a qualidade da assistência conhecida através de indicadores que evidenciam a inserção de gestantes a programas proposto por autoridades em saúde, percentual de gestantes imunizadas, percentual de gestantes que voluntariamente fizeram o teste HIV. Os indicadores estão focados em resultados finais e produtividade não referencia o processo assistencial.

Toldra (2000) cita a qualidade da assistência através de indicadores de acessibilidade percentual de cobertura e atendimento, estrutura, disponibilização de materiais e equipamentos. Tais indicadores evidenciam a relação entre população e serviço através da acessibilidade, e a adequação da estrutura do serviço ao perfil dos usuários. Os indicadores encontrados neste estudo apontam para uma avaliação de qualidade assistencial tendo como ponto determinante a produtividade e o atendimento pela livre demanda. Não foram citados indicadores que evidenciassem o processo de trabalho, eventos sentinela ou eventos positivos .

A qualidade assistencial nos serviços de saúde e principalmente no Sistema Único de Saúde pode ser realizada através de vários indicadores. Cada indicador evidenciou um aspecto evolutivo no serviço e que não pode ser menosprezado, tendo em vista que o sistema de saúde brasileiro passou por diversas mudanças e engatinha para se tornar o serviço ideal para a população. A qualidade não deve ser reduzida a produtividade ou a queda de taxas de mortalidade ou aderência da população a certos programas.

Toldra (2000) fala que a qualidade assistencial também pode ser detectada pela adequação estrutural para atender a clientela. Ishikawa (1993) diz que qualidade significa qualidade de trabalho, serviço, informação, processo e qualidade de pessoal. O enfoque básico é controlar qualidade em todas as suas manifestações. A atenção as necessidades específicas da clientela expressa esse

controle de qualidade e garante a satisfação do cliente. O que caracteriza segundo Ishikawa (1993) a qualidade atrativa, o algo mais que garanta a fidelidade do cliente.

Os indicadores enfocados por Brasil, Ministério da Saúde são obtidos através de fonte de informação SIH/SUS e avaliam a qualidade da assistência pela disponibilidade de serviços a população, a oferta pela demanda e pelo gasto com serviços em determinadas regiões. Brasil, Ministério da Saúde refere que para alguns serviços especializados como a internação para pacientes psiquiátricos vem diminuindo no país o que implicaria em melhor atendimento por outros programas oferecidos para esta clientela, como o atendimento domiciliar e ambulatorial, mostra também que a diminuição das internações de paciente crônicos no período, pode indicar acerto das medidas tomadas para incentivar outras formas de atendimento propiciando qualidade de vida já que o paciente teria um atendimento mais humanizado e próximo do ambiente familiar. O estudo não descreve as medidas tomadas com esse objetivo. O aumento nas internações e gastos relacionados aos sistemas de alta complexidade, que envolvem procedimentos de alto custo, são citados como atendimento de qualidade por isso procurados pela população e pelos serviços privados o que justificaria o aumento nas internações nesses setores. Este estudo não contemplou indicadores de processos, indicadores sentinela entre outros.

Os indicadores referenciados neste estudo refletem a melhora na qualidade assistencial pelo aumento da produtividade, relação de gastos com os serviços.

Os enfoques em indicadores de produtividade dos serviços de saúde pública apontam para uma necessidade de validar o atendimento ou de se conhecer a capacidade de atendimentos de algumas instituições públicas em detrimento a uma solicitação da sociedade.

Os indicadores citados por Garcia (2008) mostram que a crescente oferta de atendimento, a assistência ao parto a rotatividade de leitos, os números de exames laboratoriais podem determinar em parte a melhoria da qualidade de vida da população. Acredito que o desafio é desenvolver indicadores que avaliem o processo de atendimento e as necessidades da clientela. O declínio na taxa de mortalidade pode ser atribuído a diversos fatores inclusive a melhoria da produtividade, mas não evidencia características específicas da instituição. Aranaz *et al.*,(2001) falam que os atributos de um indicador é o que determina em conjunto

sua utilidade como medida: o indicador será válido se identificar as situações nas quais a qualidade pode ser melhorada.

Garcia (2008) afirma ainda, que uma forma de aumentar a eficiência dos serviços de saúde e conter custos envolve a responsabilização interna com os gastos dos serviços, desenvolvendo, nos profissionais a consciência dos custos e de mecanismos de responsabilização. Couto (2007) afirma que para gerenciar a qualidade, é necessário ficar claro, para todos os participantes do sistema, o que é a empresa, seus propósitos, seus produtos, seus clientes, as necessidades a serem satisfeitas, as características da qualidade a serem incorporados ao produto para a satisfação da necessidade social, o papel do capital, do trabalho e do cliente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstrou evidências da gestão de indicadores de qualidade assistencial no Sistema único de saúde através de indicadores de resultados e estrutura. Estes indicadores demonstraram melhoria da qualidade assistencial, pois evidenciaram a cobertura crescente da demanda pelos serviços, a implementação de programas específicos para determinada clientela, o investimento financeiro em serviços hospitalares e atendimento de alta complexidade bem como a preocupação com o controle e responsabilização dos envolvidos com os custos, além da adequação e capacitação dos profissionais evidenciando-se assim algumas diretrizes do sistema único de saúde como a racionalidade, eficácia e eficiência dos serviços.

Os indicadores voltados para produtividade institucional e médica, não evidenciaram avaliação do processo assistencial e nem o serviço de enfermagem. Considerando a importância do estudo afirmamos que os indicadores de processo assistencial bem como os indicadores sentinela poderiam ser mais bem explorados nos estudos, pois vão ao encontro das solicitações diárias da população atendida diariamente nos serviços públicos. O acompanhamento desses indicadores possibilitaria a discussão e a busca de novos processos além da possibilidade da extinção de erros grosseiros como temos visto na mídia.

Finalmente pretende-se com esse trabalho utilizar os dados sobre a qualidade assistencial no Sistema Único de Saúde e os principais instrumentos que refletem essa qualidade sob a ótica dos autores estudados contribuindo assim com os profissionais de enfermagem e de saúde nas discussões reflexivas e na busca do estabelecimento de indicadores que avaliem e valorizem o trabalho realizado além de promover a segurança para usuários e profissionais de saúde do serviço público.

REFERÊNCIAS

NASCIMENTO ENILDA ROSENDO et al Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador Bahia, Brasil. **Rev..Bras.Saúde Mater.Infant.**, Recife, 7(2):191-197, abr./jun., 2007

GARCIA PRIMO GERALDO MAGELA et al Reforma da saúde e Hospital Universitário: influência das políticas de assistência médica gerenciada. **Rev. méd. Minas Gerais**, V. 18(4sup 4):p. 30-9, 2008

TOLDRÁ, R.C., PÉREZ, MAG., MATA, M.A.P. Acesso e qualidade da atenção á pessoa portadora de deficiência física em serviços públicos de saúde do município de Campinas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 11, n. 2/3, p. 72-8, maio/-dez., 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Assistência hospitalar no SUS: 1995/1996 391 pag.

MEZOMO JOÃO CATARIN. Gestão da Qualidade na Saúde, 1.ed. São Paulo: Manoele Ltda; 2000

ARANAZ JM. "La calidad asistencial: uma necesidad em la prática clínica", em Matias –Guiu J, Lainez JM. Gestión sanitária y asistencia neurológica. Barcelona: J.R Prous Editores; 1994

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica da Saúde (NOB/SUS)**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

CAMPOS F.E.; JUNIOR, O.M.; TONON, M.L. **Legislação Básica do SUS**, Editora COOPMED, 1998.

NASCIMENTO ENILDA ROSENDO et al Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador Bahia, Brasil. **Rev..Bras.Saúde Mater.Infant.**, Recife, 7(2):191-197, abr./jun., 2007

COUTO, R.S; PEDROSA, T.M.G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. *Rev Calidad Asistencial* 1991;6:65-74.

KURCGANT PAULINA et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GARCIA PRIMO GERALDO MAGELA et al Reforma da saúde e Hospital Universitário: influência das políticas de assistência médica gerenciada. **Rev. méd. Minas Gerais**, V. 18(4sup 4):p. 30-9, 2008

ISHIKAWA, K.. Controle da Qualidade Total á Maneira Japonesa, Editora Campus, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Características de los indicadores clínicos. **Rev Calidad Asistencia**, v. 6, P.65-74, 1991.

MALAGÓN-LONDONO, G; GALÁN, M.R; PONTON L.G. **Administração hospitalar**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

WHITTEMORE, R; KNAFL, k. Uma revisão integrativa: uma metologia atualizada. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n.5 p.546-553, 2005

MENDES, K.D. S; SILVEIRA, R.C.C. P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto & Contexto – Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-64, out.ct. - /dez.c.2008.

NOGUEIRA, L.C.L.. **Gerenciando pela Qualidade total na Saúde**, Editora INDG. Rio, 1993. Tecnologia e Serviços Ltda., 2008.

TOLDRÁ, R.C., PÉREZ, MAG., MATA, M.A.P. Acesso e qualidade da atenção á pessoa portadora de deficiência física em serviços públicos de saúde do município de Campinas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 11, n. 2/3, p. 72-8, maio/-dez., 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Assistência hospitalar no SUS: 1995/1996 391 pag.

APÊNDICE
Instrumento de coleta de dados

Referência: _____

Profissão do autor: _____

Área atuação: _____

Qualificação: _____

Fonte: _____

Título do periódico: _____

Tipo de estudo: _____

Ano de publicação: _____

Delineamento do estudo: _____

Tipo de publicação: Artigo () Tese() Dissertação()

Indicadores utilizados para avaliar assistência de saúde no sistema único de
saúde? _____

Classificações dos indicadores _____